Ursel Ehrenpferoldt

Diss. Berlyn 1903

UNIV.
LIBRIN
BRL.

Beeinflussung der Arbeitsunfähigkeit, des Medikamentenverbrauchs und der Konsultationshäufigkeit funktionell-neurotisch Erkrankter durch Psychotherapie (Untersuchungen an weiblichen Patienten zwischen dem 25. und 60. Lebensjahr in einer Facharztpraxis für Allgemeinmedizin)

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der

Medizinischen Fakultät des Wissenschaftlichen Rates der Humboldt-Universität zu Berlin

von
Ursel Ehrenpfordt
Facharzt für Allgemeinmedizin

geb. am 25. 02. 1939
in Treuenbrietzen

Dekan Prof. Dr. sc. med. H. David

Gutachter 1. Prof. Dr. Kabrenstein
2. Prof. Dr. Hecht
3. Prof. Dr. Weise

Berlin, 18.11.83

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Einleitung	1
2.	Epidemiologische Aspekte	3
3.	Organismus-Umweltbeziehung	7
4.	Gesundheits-Krankheitsbeziehungen	9
5.	Streß	21
5.1.	Reizverarmte Umwelt als Stressor	24
5.2.	Emotioneller Streß	26
5.3.	Konflikte als Stressor	33
5.4.	Streß und seine Folgen	35
5.5.	Streß in seiner Bedeutung für die Beziehung Gesundheit - Krankheit	40
6.	Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Probleme	44
6.1.	Arbeitsunfähigkeit	44
6.2.	Medikamentenverbrauch	47
6.3.	Kuren	53
7.	Die Psychotherapie	58
7.1.	Wesentliche Methoden der Psychotherapie	66
7.1.1.	Das diagnostische Gespräch	68
7.1.2.	Das psychotherapeutische Gespräch	70
7.2.	Psychotherapiemethoden	72
7.3.	Autogenes Training (AT)	77
7.3.1.	Indikationen und Kontraindikationen	80
7.3.2.	Zur Technik des Autogenen Trainings	81
7.3.3.	Psycho-physiologische Vorgänge bei Autogenem Training	82
7.3.4.	Organisation der Übungen	84
8.	Methodik in der allgemeinmedizinischen Praxis	86
8.1.	Darstellung des eigenen Ausbildungsweges	86
8.2.	Die Organisation des Autogenen Trainings in der allgemeinmedizinischen Praxis	90
9.	Eigene Erfahrungen in der allgemeinmedizinischen Praxis mit psychonerval gestörten Patienten	94

		Seite
10.	Aufgabenstellung	96
11.	Übersicht über die Patienten	100
12.	Methodik der Nachuntersuchung	105
12.1.	Diagnostisches Instrumentarium	106
12.1.1.	Der individuelle Fragebogen	106
12.1.2.	Der Katamnesefragebogen nach Beck	106
12.1.3.	Der Beschwerdefragebogen (BFB) nach Höck und Hess	107
12.1.4.	Der Verhaltensfragebogen (VFB) nach Höck und Hess	108
12.1.5.	Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) nach Ziehlke, Kopf-Mehnert	109
12.1.6.	Der Fragespiegel für die Kontrollgruppe	112
12.1.7.	Die Sichtlochkarte	113
13.	Ergebnisse der Fragebogenanalyse	114
14.	Diskussion	149
14.1.	Diskussion der Patientenauswahl	149
14.2.	Diskussion des Untersuchungsinstrumentariums	152
14.3.	Diskussion der Test-Ergebnisse	155
15.	Zusammenfassende Diskussion	185
16.	Zusammenfassung	193
17.	Literatur- und Quellenverzeichnis	195
	Anhang	
	Thesen	

UNIV. LEIDEN ESEL

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548108_0001

1. Einleitung

Der wissenschaftlich-technische Fortschritt reflektiert sich nicht nur in allen gesellschaftlich gewachsenen Lebensbereichen, sondern auch in neuen Verhaltensweisen der Menschen, stellt höhere Anforderungen an sie und verlangt von ihnen eine Anpassung an die sich ständig und schnell verändernden Umwelteinflüsse.

So ist dieser Prozeß durch die Reduzierung schwerer körperlicher Arbeit und durch die wachsende Zunahme des geistig-seelischen Anteils am Arbeitsprozeß gekennzeichnet. In diesem Zusammenhang ergeben sich direkte Beziehungen zur Gesundheits-Krankheitsrelation der Bevölkerung.

Neue Krankheitsbilder traten in den Vordergrund. (SIKORA 1972). Dominierten im vorigen Jahrhundert und zu Beginn des jetzigen die Infektionskrankheiten, so treten gegenüber früheren Zeiten solche Krankheitsgruppen stärker in den Mittelpunkt der medizinischen Forschung und der medizinischen Betreuung, die sich aus der neuen Organismus-Umweltbeziehung der Menschen ergeben. (BARTECKY 1979).

Die wachsende Bedeutung des subjektiven Faktors in unserer gesellschaftlichen Entwicklungsprozeß stellt der medizinischen Forschung und Praxis die Aufgabe, umfassende Erkenntnisse über soziale, psychische und biologische Grundfunktionen des Nervensystems des gesunden und kranken Menschen zu gewinnen. Dies geschieht, um einerseits Leistungssteigerung, Adaptation an hohe Anforderungen sowie Schutz vor Überforderungen der Menschen und somit ihr Wohlbefinden zu sichern und andererseits aber eine zielgerichtete Behandlung der psychonervalen Störungen und Erkrankungen einleiten zu können. Diese Zielstellung der Gesundheitspolitik der SED und unseres

Arbeiter-und-Bauern-Staates ist eng mit der Hauptaufgabe, alles für das Wohl des Volkes zu tun, verbunden. Auf dem X. Parteitag der SED wurde die konsequente Fortsetzung der Politik unseres Staates in ihrer Einheit von Wirtschafts- und Sozialpolitik nochmals bekräftigt. Im Rahmen der Sozialpolitik unseres sozialistischen Staates bildet der Schutz der Gesundheit seiner Bürger und die Sorge um ihr Wohlbefinden einen gewichtigen Bestandteil. (Direktive X. Parteitag 1981; HÖCK/KÖNIG 1981).

Die Förderung der Neurowissenschaft, welche solche Fachdisziplinen wie Neuropsychologie, Neurobiologie, Neuroendokrinologie, Neurochemie, Neuromorphologie, Neuropharmakologie, Neuropathophysiologie, Psychologie-Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie umfaßt, wurde bereits auf der II. Parteitag der SED beschlossen. (Direktive IX. und X. Parteitag 1976, 1981; HÖCK/KÖNIG 1976).

Zu den Erkrankungen, die das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit der Menschen durch Störungen des Nervensystems beeinflussen können, zählen Neurosen, psychosomatische Erkrankungen und die sogenannten funktionellen Erkrankungen bzw. Störungen. Unter Neurosen verstehen wir erlebnisbedingte Störungen der Person-Umweltbeziehung mit psychischer und/oder körperlicher Symptomatik von Krankheitswert. (HÖCK, KÖNIG 1976).

2. Epidemiologische Aspekte

Das Auftreten psychonervaler Störungen bzw. Erkrankungen wurde in zahlreichen epidemiologischen Studien untersucht.

Funktionell-neurotische Störungen nehmen in Morbiditätsanalysen einen bedeutenden Platz ein. Die Angaben über die Häufigkeit funktionell-neurotisch Erkrankter am Gesamtkrankengut werden in der Literatur sehr unterschiedlich angegeben. Nach Angaben der WHO sollen in den Industrieländern 10 % der Bevölkerung neurotisch erkrankt sein. 15 - 30 % der Bevölkerung dieser Länder sollen an neurotischen Erscheinungen leiden. (HÖCK et al. 1973; BAUMANN, HECHT 1977; HEINE 1980).

Eine sehr ausführliche Literaturzusammenstellung zu dieser Problematik mit Angabe der Art der Erkrankung, der Häufigkeit und in welchem Facharztbereich, mit Literaturquelle und Jahreszahl der Veröffentlichung findet sich bei PFLANZ (1962).

Eine eigene Literaturübersicht z. T. in der Zusammenstellung von PFLANZ enthalten, bestätigt die breite Streuung der Häufigkeitsangaben. (PFLANZ 1962; LEIGHTON 1963 zit. in STROTZKA 1978; TAYLOR, CHAVEL 1964 zit. in STROTZKA 1978; LEITNER 1965; STROTZKA 1969; THOM, WEISE 1973; HÖCK 1974; FAULHABER 1975; PHILIPPIS, THILO 1980; HEINE 1980; JULI, ENGELBRECHT-GREVE 1980).

Als Extremwerte sind 81,5 % psychisch Gestörter in Manhattan, durch SROLE 1962 (zit. in STROTZKA 1978) angegeben, und 9 % in PFLANZ (1962) aufzufassen.

Viele Neurotiker suchen erst dann ärztliche Hilfe, wenn ihre psychischen Störungen zu sozialen Problemen geführt haben. (STROTZKA 1978). Ziemlich übereinstimmend wird jedoch der Anteil psychisch Kranker am Krankengut des

Allgemeinmediziners mit 30 - 50 % angegeben. (BRANDTRUP et al. zit. in PFLANZ 1962; MITSCHERLICH 1969 a; HÖCK et al. 1973; SCHRÖDER 1973; BECK 1974; HARDY zit. in BAUMANN, HECHT 1975; EICHHORN 1976; HÖCK, KÖNIG 1976; [illegible] 1978; LEWIT 1979; FEIEREIS, THILO 1980; HEINE 1980; JAHN, [illegible] 1980).

Bereits 1681 erwähnte der Arzt SYDENHAM (zit. in KÖHLE 1982) in einem Brief, daß funktionelle Erkrankungen mit über 50 % an seinem nicht fieberhaften Krankengut beteiligt sind.

Auch in der DDR gewinnen funktionelle Erkrankungen zunehmend an Bedeutung. Häufigkeitsangaben differieren ebenfalls aufgrund unterschiedlicher Untersuchungsebenen.

[illegible] (1973) fand in der Sprechstunde auf dem Lande 12,4 % der Patienten mit funktionellen und neurotischen Störungen. Bei ihm überwiegt, wie bei vielen Autoren ebenfalls angegeben, die Häufung der Erkrankung bei weiblichen Personen. Die relativ kleine Zahl von 12,4 % im Gegensatz zu 34 % der Industriearbeiter bei BEHREND (zit. in [illegible] 1973) der allgemeinen und internistischen Sprechstunde begründet er mit der Tatsache, daß die Landbevölkerung indolenter sei und sich bei Arztbesuchen zurückhaltender zeigt.

25 - 28 % der Bürger der DDR unter 65 Jahren leiden an Herz-Kreislauferkrankungen. ([illegible] 1980). Diese Erkrankungen haben bei jüngeren Menschen oft eine enge Beziehung zu Fehlleistungen des Zentralnervensystems. [illegible] (1975) fand in einer Studie in Berlin-Pankow bei 17,5 % der Bevölkerung einen Hypertonus. Selbst bei Jugendlichen im Alter von 15 - 25 Jahren ließ sich eine essentielle Hypertonie bereits bei 6 von 100 nachweisen.

Daß Schätzungen verschiedener Ärzte über den prozentualen Anteil funktioneller Störungen an ihrem Krankengut sehr differieren, gab STROTZKA (zit. in PFLANZ 1962) an. Anscheinend gibt es einen Zusammenhang zwischen dem psychotherapeutischen Ausbildungsstand von Ärzten und ihren Schätzungen.

Einer solchen Umfrage unter Fachärzten mit langjähriger Praxiserfahrung (10 - 20 Jahre) zufolge, lagen die Schätzwerte für den Anteil psychischer Erkrankungen am Gesamtkrankengut bei Ärzten, die in der Psychotherapie unerfahren waren, bei 5 - 10 %, während Ärzte mit Psychotherapie-Erfahrungen 30 - 50 % ihrer Patienten als psychisch krank einschätzen. (KERBER 1981). Eigene Untersuchungen (unveröffentlicht) bestätigen den hohen Anteil von Patienten mit psychonervalen Erkrankungen an der Gesamtzahl der zu betreuenden Patienten. So fanden sich unter den weiblichen Patienten einer Staatlichen Arztpraxis für Allgemeinmedizin 57,7 % der Patienten im Alter von 16 - 60 Jahren neurotische bzw. fraglich neurotische Untersuchungsergebnisse.

Diese wenigen Beispiele zahlreicher Morbiditätsuntersuchungen, die noch beliebig ergänzt werden könnten, bedürfen der besonderen Aufmerksamkeit, da inadäquate Lebensbedingungen und -gewohnheiten, mangelnde oder eingeschränkte Adaptationsfähigkeit mancher Menschen an die neuen Lebensbedingungen eine entscheidende Rolle in der Ätiopathogenese von Neurosen oder funktionellen Störungen und psychosomatischen Erkrankungen spielen. (KATZENSTEIN 1978 a). Die angeführten epidemiologischen Untersuchungen bedürfen aber auch einer kritischen Betrachtungsweise. Die Vielfalt, der in der Literatur gebräuchlichen Begriffe wie psychonervale Erkrankung, funktionelle Störung, neurotische Erscheinung, praeneurotische Zustände usw. für bestimmte psychonervale Stö-

rungen bzw. Erkrankungen, welche aus einer gestörten Organismus-Umweltbeziehung resultieren, erschweren oft eine Klassifizierung in exakt definierbare Krankheitsgruppen. Nicht unbedeutend ist dabei, daß es sich hierbei um Erscheinungen handelt, die an der Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit liegen, sozusagen im Vorfeld der Krankheit. Viele der bisher üblichen somatischen Diagnostikverfahren sind nicht subtil genug, um z. B. die Veränderung des materiellen Substrats bei funktionellen Störungen oder psychonotischen Zuständen zu erfassen. Aber gerade das Vorfeld der Krankheit ist ein wichtiger Ansatzpunkt für prophylaktisch-therapeutische Maßnahmen, um die Entwicklung schwerer Krankheitsbilder zu vermeiden. Bei der Beeinflussung psychonervaler Störungen geht es um die Verhütung der Entwicklung von schweren Neurosen, die die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der Menschen sowie deren Lebensfreude erheblich einschränken.

Die therapeutischen Maßnahmen müssen das Ziel haben, das Gleichgewicht zwischen Organismus und Umwelt aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen.

2. Organismus-Umweltbeziehung

Jedes Lebewesen ist in ein bestimmtes ökologisches Gleichgewicht integriert und darf nicht losgelöst von ihm betrachtet werden. Bei den höheren Lebewesen spielen psychobiologische Prozesse in dialektischer Einheit mit sozialen Prozessen, sowohl bei der Entwicklung als auch in der ständigen Auseinandersetzung mit der Umwelt eine entscheidende Rolle.

Der Mensch als höchstentwickeltes Individuum ist von dieser Tatsache nicht ausgeschlossen, sondern durch mannigfaltige Wechselbeziehungen zu seiner Umwelt eng mit ihr verknüpft. Kein Mensch kann sich diesen Wechselbeziehungen entziehen.

Zur Umwelt rechnen nicht nur die territorialen und klimatischen Gegebenheiten, sondern auch die soziokulturellen und sozialen Bedingungen des Menschen. Das können sowohl positive, die Entwicklung fördernde, wie auch negative, hemmende, krankmachende Einflüsse sein. Einen wesentlichen Anteil dieser mannigfaltigen Beziehungen des Menschen zur Umwelt stellen die Person-Umweltbeziehungen dar. Als soziales Wesen lebt der Mensch von der Geburt bis zum letzten Atemzug unter ständigen Wechselbeziehungen zu seiner sozialen Umwelt. Das schließt nicht aus, daß es bereits vor der Geburt Beziehungen zwischen der Mutter und dem entstehenden Kind gibt, wie es auch nach dem Tode z. B. in Form der Trauer oder des ehrenden Andenkens, Beziehungen zur Umwelt gibt.

Interessieren sollen in dieser Arbeit jedoch vorrangig jene Auseinandersetzungen des Menschen mit seiner Umwelt, die im Laufe seines Lebens Einfluß auf den Verlauf und die Gestaltung seiner Beziehungen zur Umwelt haben. Deshalb ist es heute nicht mehr möglich, den

kranken Menschen nur unter einem somatobiologischen Blickwinkel zu sehen, herausgerissen aus dem komplexen Gefüge seiner sozialen Umweltbeziehungen. Das muß deshalb so betont werden, weil die vorrangig naturwissenschaftlich ausgebildeten Medizin- und somit auch die allgemeinmedizinisch tätigen Ärzte in erster Linie die biologischen Vorgänge betrachten und die psychosozialen Aspekte vernachlässigen. STROTZKA (1972) nennt es Verdinglichung des Patienten. Diese Art und Weise, an den Patienten und seine Erkrankung heranzugehen, ist in Denken vieler Ärzte tief verwurzelt (KLAUSIK, CIT 1983), so daß in der Umgangssprache nicht der Patient mit seiner Persönlichkeit im Vordergrund steht, sondern der "Fall" betrachtet wird. Das Vokabular reicht von der "Spritze, die an der Tür steht" bis zum "Magen im Zimmer 23". Daß hier ein Prozeß des Umdenkens begonnen hat, beweist eine kleine Episode aus dem eigenen Praxisalltag:

Eine Patientin mußte während des Urlaubs ihres behandelnden Arztes eine andere Medizinische Einrichtung aufsuchen. Dort wurde sie darauf aufmerksam gemacht, daß sie bei ihrem bisherigen Arzt eine "Nummer" (gemeint ist eine Karteikartennummer) hätte, worauf sie antwortete: "Ja, da habe ich eine Nummer, aber ich werde als Mensch behandelt. Hier habe ich keine Nummer, werde aber als solche behandelt."

Es wird also zunehmend erforderlich, einen Patienten in seinen biologischen, psychischen und sozialen Beziehungen zu erfassen, wenn man nicht entscheidende Ursachen für psychische und funktionelle Störungen übersehen will.

4. Gesundheits-Krankheitsbeziehungen

Die Frage, was ist Gesundheit, was ist Krankheit, welche Bedingungen wandeln diese in jene um und umgekehrt, und wie wirken sich Krankheit und Gesundheit auf das Lebensgefühl aus, hat schon seit Jahrtausenden das Interesse von Ärzten und Wissenschaftlern erregt.

Bisher stand mehr die Krankheit im Mittelpunkt medizinischer Betrachtungen als die Gesundheit. Das sozialistische Gesundheitswesen, in welchem die Forderung gilt: "Prophylaxe ist besser als Therapie," verlangt eine größere Aufmerksamkeit für die Gesundheit.

Gesundheit gilt seit jeher als einer der höchsten gesellschaftlichen Werte. Man wünscht Gesundheit und nennt sie oft im gleichen Atemzug mit "langes Leben" bei Geburtstagen und Jubiläen, zum Jahreswechsel und sogar beim Niesen. ([illegible] 1977)

Für das Individuum stellt sie soziale Sicherheit, Wohlbefinden und andere positive Empfindungen dar. (HOLLITSCHER 1969)

Unter gesellschaftlichen Aspekten bedeutet Gesundheit Schaffenskraft, Leistung, Produktivität. Deshalb stellt sie nicht nur einen individuellen, sondern auch einen gesellschaftlichen Wert dar, und die Gesellschaft ist bereit, für die Sicherung und Wiederherstellung der Gesundheit einen beträchtlichen Teil des Nationaleinkommens zu verwenden. ([illegible] 1977)

Gesundheit ist die Voraussetzung für hohe physische und psychische Leistungsfähigkeit, für schöpferische Aktivität und Lebensfreude, sie ist die Grundlage einer harmonischen Persönlichkeitsentwicklung. (MECKLINGER et al. 1974)

Gesundheit ist aber auch ein permanent gefährdeter Zustand (ENKE 1977).

Die WHO ([illegible] 1971; JUEL, [illegible] 1980) definierte den Begriff Gesundheit nicht nur als ein Freisein von Krankheit, sondern umfassender, als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden.

Krankheit muß demzufolge eine Störung dieses Wohlbefindens auf einer oder mehrerer dieser Ebenen sein. So bezeichnet PFLANZ (1962) sie als Ausdruck von Spannungen und mißglückten Anpassungsversuchen.

MECKLINGER und Mitarbeiter (1974) sehen in der Krankheit die eingeschränkte Lebens- und Leistungsfähigkeit und charakterisieren sie als in seiner freien Entfaltung gehemmtes Leben. Ähnlich betrachtet MITSCHERLICH (zit. in [illegible] 1972) Krankheit als die Reaktionsmöglichkeit des Individuums in einer hilflosen Lage. Der Mensch ist dabei in seiner Einheit von biologischen, psychischen und sozialen Gegebenheiten und Bedingungen zu betrachten. (PFLANZ 1962; HECHT 1966; STROTZKA 1972; THOM, WEISS 1973).

So faßt v. TROSCHKE (1971) Krankheit als eine negativ empfundene Störung des physischen und psychischen Befindens auf. Psychische Prozesse lassen sich nicht von Funktionen der Organe trennen. Beide beeinflussen sich wechselseitig. ([illegible], THOM 1973; MECKLINGER et al. 1974).

Bezüglich der Entstehung von Krankheiten sind psychische, soziale und somatische Ursachen gemeinsam beteiligt. (REIMERS, THILO 1980). Auch HOLLITSCHER (1969) versteht die Krankheit als eine Störung des dialektischen Gleichgewichts zwischen Organismus und Umwelt.

THOM und WEISE (1973) betrachten die Krankheit unter philosophischem Aspekt. Sie trennen biologische Prozesse

von psychischen und sozialen und definieren Krankheit als Resultante aus der Wechselwirkung von Anlage, Persönlichkeit und Umwelt.

[illegible] (1973) faßt die Krankheit in der Neurologie/Psychiatrie als Aufhebung der optimalen Anpassung des Individuums aus Gründen gestörter Körperfunktionen oder Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit und Bewältigung der konkreten Lebenssituation auf.

Der Zustand Krankheit wird individuell sehr verschieden verarbeitet. Jeder Kranke erleidet seine eigene Krankheit. ([illegible] 1954). Deshalb [illegible] bei psychonervalen Störungen und Erkrankungen den individuellen Besonderheiten vorrangig Aufmerksamkeit geschenkt werden und jede Mittelwerte-Organismusbetrachtung ausgeschlossen werden.

Kranksein isoliert den Menschen, macht ihn anders als Gesunde, und diese Isolation läßt den Kranken die Krankheit besonders intensiv erleben. Durch die Diagnose wird der Kranke von seinen üblichen Rollen-Verpflichtungen entlastet. (ENKE 1976). Er übernimmt die Rolle des vorwiegend Passiven, Pflege- und Behandlungsbedürftigen, unter Aufgabe seiner Rolle als vorwiegend aktiver, unabhängiger Mensch.

Mit der Diagnose verbinden sich aber auch materielle und soziale Zuwendungen z. B. in Form der therapeutischen Maßnahmen. Die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit entbindet den Kranken von seinen beruflichen Pflichten, löst ihn aber auch aus dem gewohnten Milieu seiner sozialen Kontakte.

Diese soziale Integration so bald als möglich wieder herzustellen, ist die Aufgabe der therapeutischen Maßnahmen.

Zwischen Krankheit und Gesundheit gibt es ohne Zweifel fließende Übergänge und Zwischenstadien. (PFLANZ 1962; [illegible] 1968; [illegible], [illegible] 1973; ENKE 1976; BALINT 1980).

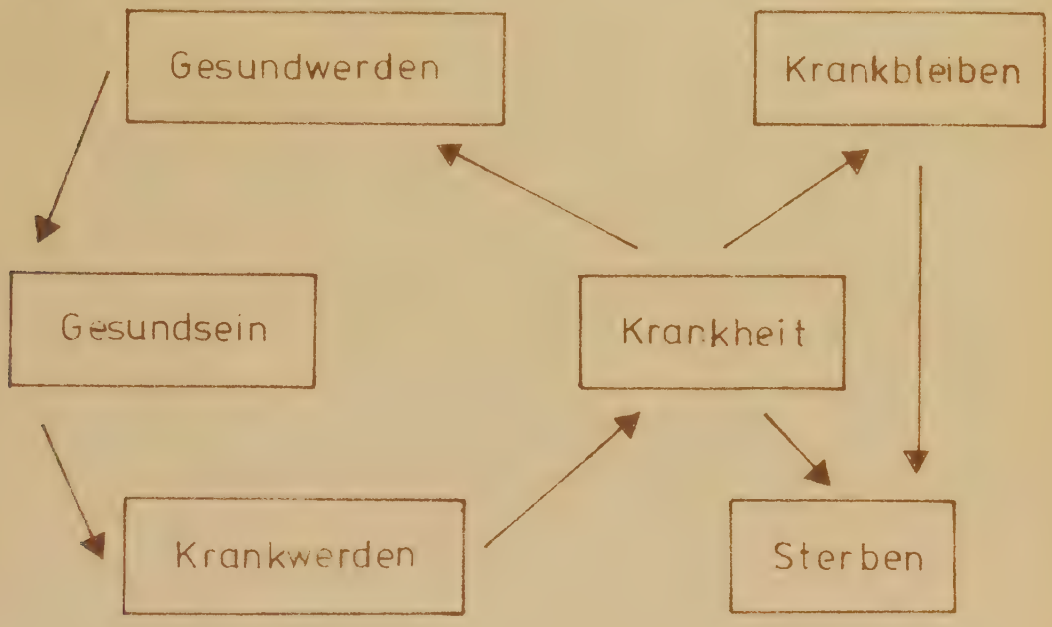


Abb. 1 Schema nach ENKE (1976)

Bereits im Krankwerden setzt sich der Organismus durch Mobilisation somatischer und psychischer Abwehrkräfte mit den Vorboten der Krankheit auseinander. Dieses einleitende unorganisierte Stadium kann Minuten bis Jahre dauern. (ENKE 1977). BALINT (1980) nennt es bei psychischen Erkrankungen Rückzug von der Umwelt.

So gesehen ist die Flucht in die Krankheit der Ausweg, den der Patient geht, wenn die Krankheit leichter zu ertragen ist als die Konflikte, denen er als Gesunder ausgesetzt ist. (ENKE 1976).

Da die Phase des Krankwerdens im wesentlichen geprägt ist von der Bereitschaft des Betroffenen, seine Beschwerden als Krankheitssymptome anzuerkennen, wird hier auch die Einstellung zum Kranksein bestimmt. (ENKE 1976).

Das Kranksein ist ein vorwiegend subjektives Erlebnis. Es erhält mit der Diagnose einen Namen. Damit die Diagnose auch von Kranken angenommen wird, müssen die von ihm registrierten Symptome zur diagnostizierten Krankheit passen. Wird diese abgelehnt, konsultiert der Kranke weitere Ärzte, bis eine Diagnose für die Krankheit gefunden wird, die auch der Patient akzeptieren kann. Dieses Problem trifft in vielen Fällen auf die psychonervalen Erkrankungen zu. (ENKE 1976; BALINT 1980).

Es ist bekannt, daß organische Krankheiten ein wesentlich höheres soziales Prestige besitzen als psychische Leiden. (STROTZKA 1972). Die Ursachen für dieses Phänomen sind unterschiedlich. Bei Organkrankheiten kann ein definierbarer Index für die Krankheit vorgewiesen werden. Das betrifft nicht nur so leicht demonstrierbare krankhafte Veränderungen wie ein gebrochenes Bein oder ein röntgenologisch gesichertes Magenulcus, sondern auch äußerlich unsichtbare Veränderungen wie eine pathologische Linksverschiebung im Blutbild oder auch nur eine erhöhte Blutsenkung.

Psychische Leiden bieten derartig faßbare Substrate nicht. Diese Kranken werden oft in ihrem Wesen fremd erlebt und von der Umgebung abgelehnt, was ihr Leiden noch verstärkt. Diese Ablehnung des seelisch Kranken ging in der Vergangenheit so weit, daß diese Menschen als Hexen oder Ketzer gejagt, gefoltert und getötet wurden. Daß dieser Exorzismus bis in die Gegenwart hinein zu verfolgen ist, beweisen Berichte von Teufelsaustreibungen in heutiger Zeit.(MISCHLD 1976). Diese Unmenschlichkeiten wurden jedoch noch übertroffen durch die faschistische Barbarei Hitlerdeutschlands, als in großer Zahl Patienten psychiatrischer Einrichtungen als lebensunwertes Leben vernichtet wurden.

Wen wundert es, wenn angesichts solcher historischen Erfahrungen, der Mensch die Unvereinbarkeit oder die Tatsache, an einer psychischen Erkrankung zu leiden, weit von sich weist und nach Auswegen sucht, die ein organisches Leiden eher in Erwägung ziehen. Diese Auswege werden von psychisch Kranken oft in jahrelanger Suche bei den verschiedensten Fachärzten aller Fachrichtungen gefunden oder auch nicht gefunden. Sie werden zum "Treibholz der Medizin", wie ENKE (1976) derartige Patienten treffend charakterisiert.

Um bei dem Schema von ENKE zu bleiben:
Der negative Ausgang einer Krankheit in Form des Krankbleibens und/oder Sterbens beinhaltet die ganze Problematik des chronisch Kranken und des alten Menschen. Das bedeutet Abfinden mit der Krankheit von seiten des Patienten, Abfinden mit der Tatsache, daß dem Heilungsvermögen der Medizin Grenzen gesetzt sind, von seiten des Arztes.

Jede Krankheit enthält aber auch die Hoffnung auf Gesundwerden mit Wiederherstellung der Gesundheit. Die Heilung als Befreiung von einem Symptom oder Leiden ist aber nicht die Rückkehr zum Zustand der Gesundheit, wie er vor der Erkrankung bestand. Jede Krankheit prägt den Menschen. Kein Patient befindet sich nach einer Krankheit somatisch und vor allen Dingen psychisch in jenem Zustand, in dem er sich vor Auftreten der Krankheit befand. (FEIEREIS, THILO 1980).

Die pathogenetische und salutogenetische Vorgänge in diesem Prozeß des Krankwerdens und Gesundwerdens einzureifen, soll in einem Schema von HECHT (Abb. 2) verdeutlicht werden.

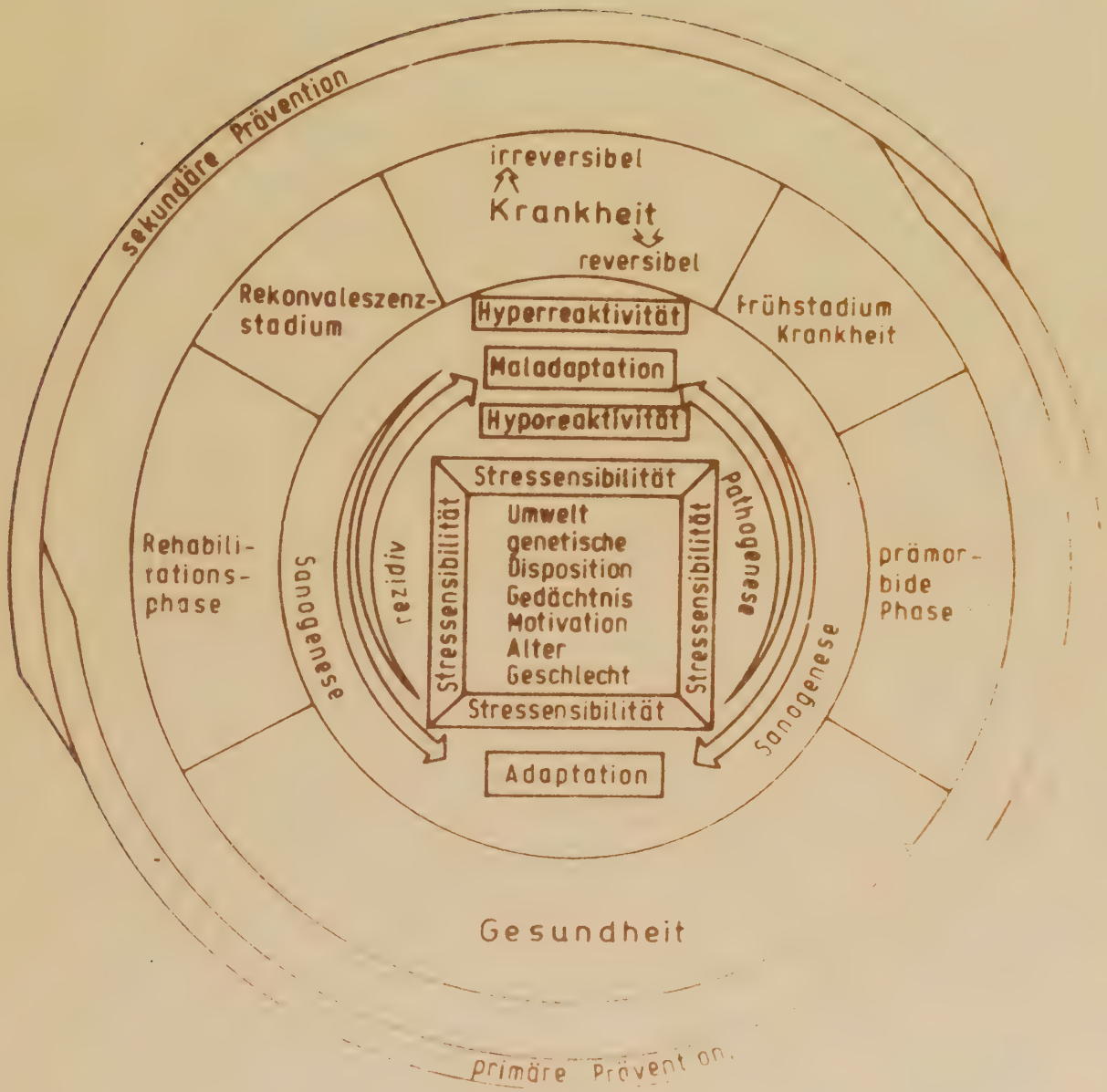


Abb. 2

Schema nach HECHT
(BAUMANN, HECHT 1977)

Ausgehend von der Erkenntnis PAWLOWS, die er 1885 auf der Konferenz der Militärärztlichen Akademie in Sankt Petersburg vortrug, daß "außergewöhnliche Stimulie, die sich in Form der krankheitserregenden Ursachen melden, gleichzeitig auch Reize für Schutzmechanismen des Organismus sind, die den Kampf mit den entsprechenden pathologischen Erregern aufnehmen", (zit. in BAUMANN, RICHT 1977) muß man die Prozesse der Abwehr und Anpassung in einer einheitlichen Regulationssystem verstehen. Diese Feststellung PAWLOWS findet nach dessen eigener Aussage Bestätigung in allen pathologischen Prozessen.

Entscheidend für die Ausbildung einer Krankheit aufgrund eines Reizes ist der "Kampf" zwischen sanogenetischen und pathogenetischen Prozessen. Unter sanogenetischen Prozessen sind nach BAUMANN, RICHT (1977), die sich darauf beziehen, Schutz- und Anpassungsmechanismen zu verstehen, die in der dynamischen Organismus-Umweltbeziehung abhängig von der jeweiligen Reizreaktionslage, mobilisiert werden. Ziel dieses Vorgangs ist die Optimierung innerer Prozesse des Organismus auf aktuelle Änderungen der Umweltbedingungen. Das geschieht in zwei Formen:

- Trifft ein außergewöhnlicher Reiz einen Organismus, dann beginnt in diesem Moment die Auseinandersetzung des Organismus mit diesem Reiz. Ist der Reiz schwach oder die sanogenetischen Prozesse stark ausgeprägt, dann erfolgt eine Adaptation an den Reiz. Pathogenetische Prozesse sind vorhanden, gewinnen aber keine Bedeutung. Die Gesundheit bleibt erhalten.

- Sind sanogenetische Prozesse weniger stark entwickelt, der von außen einwirkende Reiz stärker oder die Sensibilität des Organismus gegenüber diesem Reiz größer,

nehmen pathogenetische Prozesse zu. In diesem Stadium der Krankheitsentstehung befinden sich pathogenetische Mechanismen in einem ständigen Widerstreit mit sanogenetischen Mechanismen.

Eine Stärkung der sanogenetischen Vorgänge durch primär präventive Maßnahmen entscheidet diesen Kampf zugunsten der Adaptation.

Stehen jedoch pathogenetische Prozesse im Vordergrund, geht diese prämorbide Phase nach dem Frühstadium der Krankheit in das Stadium der Krankheit über. Gekennzeichnet ist dieses Stadium durch die Maladaptation, die sich sowohl in Hypo- als auch in Hyperreaktivität äußern kann. Beides sind nicht zweckdienliche Reaktionen auf unterschiedliche Stressoren. In der entscheidenden Phase dieses Widerstreits zwischen Sanogenese und Pathogenese spielen Umwelteinflüsse, genetische Dispositionen, im Gedächtnis gespeicherte Informationen, Motivation, Alter und Geschlecht eine entscheidende Rolle. (BAUMANN, HECHT 1977).

Betrachtet man die Störungen der Mensch-Umweltbeziehung, die sich als funktionelle Störungen bis zu neurotischen Fehlentwicklungen manifestieren, so fällt es nicht schwer, auch hier Beziehungen zu dem o. g. Schema Abb. 2 herzustellen.

Wenn wir davon ausgehen, daß die funktionelle Störung ohne pathologische organische Veränderungen der prämorbiden Phase dieses Schemas entspricht, so müßte es leichter möglich sein, in diesem un-"organisierten" Stadium die sanogenetischen Prozesse zu stärken als in einem fortgeschritteneren Stadium, in welchem erste Läsionen im organischen Bereich Ausdruck pathogenetischer Prozesse sind. Fließende Übergänge kennzeichnen diesen Prozeß des Krankwerdens bis zum Kranksein. Das

kommt auch in der Versuch der Einteilung dieser Krankheiten in 5 Stufen der Organisationsstörung durch MENNINGER (1968) zum Ausdruck. Er definiert die Anfänge einer psychischen Erkrankung als der gerade erkennbare Grad von Fehlorganisation oder Kontrollstörung des gesunden Gleichgewichtes.

Die Stufen der Organisationsstörung werden wie folgt beschrieben:

1. Stufe: Als Abweichung vom Normalen, die Nervosität

2. Stufe: Die zunehmende Fehlorganisation, Syndrome mit kostspieliger, kompensierender Spannungsverminderung, -Neurosen, neurotische Syndrome

3. Stufe: Der Ausbruch gefährlicher destruktiver Impulse mit sozialem Vergehen und Ichversagen

4. Stufe: Der Verlust des Realitätsbezugs (Psychosen, Wahnsinn)

5. Stufe: Aufgabe des Lebenswillens jenseits der Psychose.

Nach MENNINGER (1968) erfolgt der Übergang von einer Kontrollstörung in die nächste, wenn die jeweiligen Notmaßnahmen des Organismus, die die Kontrollstörung charakterisieren, versagen.

Es handelt sich bei dieser Einteilung MENNINGERS um eine nicht allgemein geteilte Auffassung. Jedoch, ohne das Gebiet der Psychosen zu berühren, skaliert auch BRÄUTIGAM (1978) die Schwere einer psychischen Erkrankung mit den Begriffen

- Reaktion
- Neurose
- abnorme Persönlichkeit.

Persönlichkeitsschwächen und Kontaktschwierigkeiten sind prämorbid bei vielen Neurotikern und psychosomatisch Erkrankten nachweisbar. Jedoch nicht nur bei diesen, sondern auch bei Gesunden treten solche Erscheinungen auf. Ob sie krankheitsauslösend sind, hängt wesentlich von individuellen Besonderheiten des Patienten und dessen Umwelt ab. (KATZENSTEIN 1978 a).

Es ist also schwierig, durch spezielle Methoden eine primäre Prävention für funktionell neurotische Störungen zu betreiben, da das neurotisierende Agens zu sehr persönlichkeitsspezifischen Charakter trägt. (LANG 1975). Zu diesem Ergebnis kam auch eine Gesprächsrunde im Rahmen einer Kreisveranstaltung der Gesellschaft für Psychotherapie Bezirk Potsdam am 13. Oktober 1982. Wichtig scheint es, daß Menschen, die, unter dem Druck gesellschaftlicher Normen und Tabus verlernten Gefühle zu zeigen, diese wieder erleben lernen und in ihren Umgang mit anderen Menschen der Gesellschaft entsprechend einzusetzen vermögen. Das wird ein Prozeß sein, der nicht von heute auf morgen realisiert werden kann. Fest steht aber, daß er bereits in einem sehr frühen Stadium der Entwicklung junger Menschen einsetzen muß. Dafür können Eltern, Lehrer, Erzieher und auch Ärzte heute schon Verantwortung tragen.

In der Sprechstunde des Arztes gilt es, zur Verhütung schwerer Neurosen und psychosomatischer Krankheiten die funktionellen Störungen frühzeitig, möglichst noch in der prämorbiden Phase zu erfassen und einer adäquaten Therapie zuzuführen. Dabei hat sich gezeigt, daß psychovegetative Störungen mit sehr einfachen psychotherapeutischen Möglichkeiten behandelt werden können. Dagegen verlangen chronische Neurosen und psychosomatische Krankheiten eine wesentlich umfangreichere und differenziertere Behandlungstechnik. Die Entscheidung des

Widerstreit zwischen salutogenetischen und pathogenetischen Prozessen zugunsten der Adaptation hat also um so größere Chancen auf Erfolg, je früher im Krankheitsgeschehen psychotherapeutische Maßnahmen einsetzen. Eine generelle Verknüpfung von Auseinandersetzungen des Organismus mit einem Stressreiz ist nicht möglich und auch nicht in jedem Falle sinnvoll. Es muß jedoch das Verständnis für den Zusammenhang von Streß mit psychonervalen Störungen geweckt werden.

5. Streß

Bei der Betrachtung der Einheit Mensch-Gesellschaft-Umwelt gewinnt das Problem "Streß" zunehmend an Bedeutung. (WIATR 1973; HECHT 1977; [illegible] 1978; LITSCHKO 1978).

Der Begriff "Streß" ist weit verbreitet und wird oft mißverstanden. (HECHT, POPPEI 1977; [illegible], FREUNDT 1979). Streß wird im allgemeinen als etwas Negatives, Gesundheitsschädigendes erlebt, der man hilflos ausgeliefert ist. (HECHT, POPPEI 1981).

Wie schwer es ist, den Streßbegriff eindeutig zu definieren, hat bereits SELYE, der diesen Begriff erstmals formulierte, bewiesen. Er versuchte dreimal eine gültige Definition dieses Begriffs und hat damit zu einer weiteren Verwirrung beigetragen. ([illegible], FREUNDT 1979). Um etwas Ordnung in die Problematik der Streßdefinition zu bringen, gilt es, zunächst einmal zu unterscheiden zwischen dem Umweltfaktor (Reiz), der Streß hervorruft - Stressor genannt - und der unspezifischen Wirkung dieses Streßreizes im Organismus - dem "Streß". (SELYE 1974).

SELYE (1974) definiert demzufolge den Streß als die unspezifische Reaktion des Körpers auf jede Anforderung, die an ihn gestellt wird, egal ob unangenehm oder angenehm. Diese Erscheinung bezeichnet SELYE als "Allgemeines Anpassungssyndrom" (AAS). Das AAS verläuft phasisch. Im 1. Stadium, der Alarmphase, erfolgt nach einer kurzzeitigen Depression die Mobilisation der Abwehrkräfte.

Im 2. Stadium - der Adaptation - oder Widerstandsperiode geschieht die Auseinandersetzung mit dem Stressor. Der Organismus paßt sich an den Streßreiz an (Adaptation) oder mit Hilfe von äußeren Stimuli wird die Widerstandsregulation auf eine höhere Abwehrstufe eingestellt.

Im 3. Stadium, dem Stadium der Erschöpfung, bricht unter dem Druck einer Dauerbelastung durch ein schädigendes Agens die Adaptation zusammen.

Im Gegensatz zum Stadium 1 sind im Stadium 3 die Anpassungs- und Abwehrenergien erschöpft. Erfolgt in diesem Zustand keine Erholung, dann kann über Ermüdung und Krankheit der Tod eintreten.

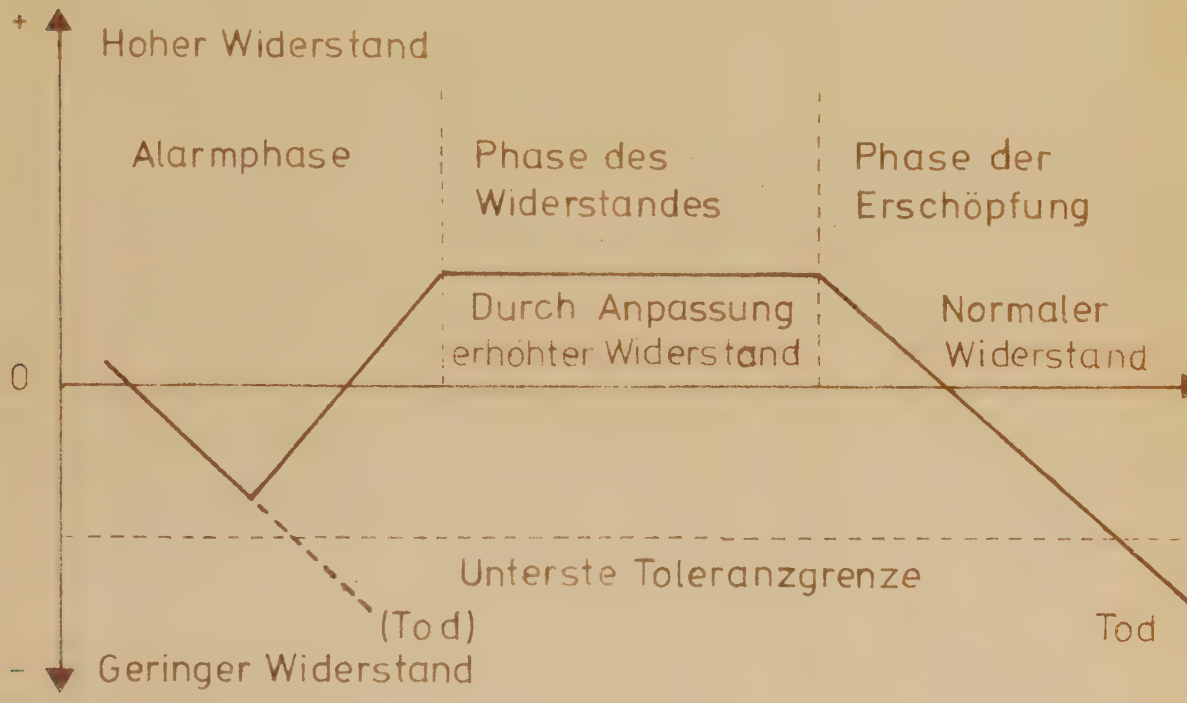


Abb. 3 Allgemeines Anpassungssyndrom (AAS)

Mit HECHT (1976) verstehen wir heute unter Streß mehr oder weniger lang dauernde Umwelteinflüsse, die für das Individuum Informationscharakter haben und im Zentralnervensystem sowie in dem von ihm gesteuerten und kontrollierten Organsystem entsprechende Reaktivität hervorrufen. Dabei wirken die Umweltfaktoren als Anlasser des Stresses.

Die Unterscheidung von Eustreß und Disstreß bringt die positive und negative Reaktion des Organismus auf einen Streßreiz zum Ausdruck. Mit dem Begriff "Streß" wird im

allgemeinen die negative Wirkung des Disstreß verknüpft. (WANDLAND, FREUNDT 1979). Eustreß ist physiologisch und dient der Anpassung. Disstreß dagegen sind pathogen wirkende Prozesse, oft chronisch in Form von anhaltenden Belastungen und Beanspruchungen, die das Individuum kurzzeitig oder permanent nicht in der Lage ist, zu korrigieren. (HECHT 1981). Dabei werden Verteidigungs- und Anpassungsmechanismen des Organismus unter dem Einfluß übermäßig starker Umwelteinflüsse überfordert. (HIRSCHMANN 1975).

Der technische Fortschritt in einer sich stürmisch verändernder Welt, die fortschreitende Urbanisierung, die Neben- und Abfallprodukte einer modernen Industrie stellen Anforderungen an das Leistungsvermögen des Zentralnervensystems im Organismus, die die Grenze seiner Anpassungsfähigkeit teilweise überschreiten. Das hat z. T. eine Änderung des Phänomen Krankheit mit sich gebracht. (PFLANZ 1962; [illegible] 19[illegible]; CONRADS 1969; MITSCHERLICH 1969 b; SELYE 1974; HIRSCHMANN 1975; KUNZENDORFF, STÜBE 1982).

Neben Reizen aus der Umwelt wie Infektionen, chemische Noxen, Lärm, optische Überreizung und Überanstrengung kommen dafür auch im Innern entstehende Reize, wie Ängste, Enttäuschungen, Konflikte, Ambivalenzen und Frustrationen, die zumeist im zwischenmenschlichen Bereich ihren Ursprung haben, in Frage.

Große Bedeutung für die Entstehung funktioneller Störungen haben die gestörten Personen-Umwelt-Beziehungen. Das psychische, physische und soziale Wohlbefinden wird maßgeblich - ob in positiver oder negativer Richtung - durch die berufliche Tätigkeit beeinflußt. (KREIBICH et al. 1968).

Am Arbeitsplatz, wie im familiären Bereich, als auch in gesellschaftlichen Beziehungen sind sowohl kurzwirkende, als auch chronische Belastungen, in Form von Dauerbelastungen, Dauerfrustrationen, bekannt. Dabei können funktionelle Störungen als Reaktion auf sozialen Streß und Konflikte durch Bekräftigungsfaktoren erlernt werden. (HELM 1973; JULI, ENGELBRECHT-GREVE 1980). Durch die Neurose, bzw. die neurotische Störung versucht der Patient- wenn auch in gebrechlicher Weise - seine Lebensprobleme zu lösen. (STOKVIS 1961).

5.1. Reizverarmte Umwelt als Stressor

Ein Leben ohne Umweltreize kann ebenso krankmachen wie ein Übermaß an Reizen. (HECHT 1966; HIRSCHMANN 1975). HECHT weist in diesem Zusammenhang auf die Monotonie im Arbeitsprozeß und in der Lebensgestaltung hin (HECHT 1966; HECHT, POPPEI 1977). Über sensorische Wahrnehmungsverfälschungen bei "Reizhunger" unter kosmischen Flugbedingungen berichtet HECHT (1977). Die Arbeitslosigkeit in kapitalistischen Ländern ist ein Faktor von starker pathogener Bedeutung, dessen Auswirkungen für die Zukunft noch nicht abzuschätzen sind. Am Hospitalismus-Syndrom lassen sich erhebliche Rückstände in der normalen psychischen und physischen Entwicklung der betroffenen Kinder als Folge der sensorischen Deprivation nachweisen. (TEICHMANN 1976). Diese Störungen können später die Grundlage für schwere neurotische Störungen und Erkrankungen des vegetativen Nervensystems sein. (HECHT, POPPEI 1976). Dafür sprechen auch solche unmenschlichen Experimente, wie die Friedrich II. v. Hohenstaufen. Er ließ Neugeborene ohne jeglichen Kontakt mit einer menschlichen Sprache aufwachsen, um die "Ursprache" des Menschen zu ergründen. Schwere Defekte der Psyche und der Intelligenz waren die Folge. (MITSCHERLICH 1969 a). Als Kasparhauser-Syndrom ging diese Erscheinung der Deprivation in

die Literatur ein, genannt nach einem 14 - 16jährigem Jungen, der 1828 in Nürnberg auftauchte und 5 Jahre später ermordet wurde. Höchstwahrscheinlich wurde dieser Knabe aus kriminellen Motiven heraus, viele Jahre völlig isoliert gehalten. ([illegible] 1966; CLAUSZ et al. 1981).

Menschliche (mütterliche) Kontakte sind für das Gedeihen und das Leben von Kindern unerläßlich. SPITZ (zit. in MITSCHERLICH 1969 a) untersuchte Säuglinge im Waisenhaus und Säuglinge von Müttern, die im Gefängnis eine Strafe verbüßten. Im Gegensatz zu den Waisenkindern erhielten die Kinder der Gefängnismütter mehrere Stunden täglich die Zuwendung ihrer Mütter. Ansonsten wurden die beiden Kindergruppen gleichgut gepflegt.

Nach einem Jahr jedoch waren 50 % der Waisenhauskinder verstorben, während nur 3 % der Kinder von Gefängnismüttern, was der Säuglingssterblichkeit der Bevölkerung entsprach, verstorben waren.

[illegible] (1965) untersuchte den Zusammenhang zwischen sozialer Deprivation und Intelligenzminderung. Sie entdeckte, daß besonders die Merkfähigkeit und die Detailauffassung bei unzureichender Entwicklungspflege leiden.

Auf die soziale Deprivation durch Dauerhaft im Strafvollzug machte [illegible] (1982) auf dem 4. Internationalen Symposeon der Psychotherapeuten sozialistischer Länder in Potsdam aufmerksam.

Gleichgültig, ob es sich um eine körperliche oder psychische Belastung handelt, muß ein belastender Außenreiz nicht in jedem Fall zu einem Stressor werden. Für den einen kann er eine lebenserhaltende Wirkung haben, beim anderen eine Streßreaktion auslösen. Streß und Empfänger gehören also zusammen wie Schlüssel und Schloß. (LANGEN 1975).

Ob gewisse individuelle Schwächen, die durchaus prämorbid nachweisbar waren, zu einer Krankheit führen, hängt vom Patienten und von seiner Umwelt bzw. von der subjektiven Widerspiegelung dieser Umwelt durch den Patienten ab. (KATZENSTEIN 1978 a). Ein Stressor wird erst zum krankmachenden Agens, wenn Mechanismen des Organismus nicht mehr ausreichen, ihn adaptativ zu verarbeiten. Die Maladaptation wird somit die Grundlage für die Entstehung von Funktionsstörungen. Daß dabei neben sozio-kulturellen Bindungen auch die individuelle Lebensgeschichte des betroffenen Menschen eine wesentliche Rolle spielt, betont PARESCH (1975). Phylogenetisch erworbene Reaktionsmuster und ontogenetisch erlernte Haltungen und Einstellungen bestimmen nanogenetische und pathogenetische Regulationsprinzipien bei der Entstehung von Neurosen und emotionsstreß-induzierten Krankheiten. (HECHT, POPPEI, 1977).

3.2. Emotioneller Stress

Mit HECHT versteht man unter emotionellem Streß die unspezifische Reaktionsform eines Individuums auf extero- und interoreceptive Stimuli (Stressoren), die das dynamische Gleichgewicht Organismus/Umwelt kurzzeitig oder längere Zeit stören und zur Adaptation anregen. Entscheidend scheint hierfür die Einstellung des Individuums zu einer streßinduzierten emotionellen Spannung zu sein. (BAUMANN, HECHT 1977; HECHT 1981).

Emotionelle Prozesse haben eine enge Beziehung zu den subcorticalen Zentren Hypothalamus und Thalamus, zum limbischen System und der Formatio retikularis mit engen Wechselwirkungen zur Hirnrinde. Über die Steuerung dieser Zentren gelingt es, physiologische Parameter zu beeinflussen. (LINDEMANN 1973; CLAUSZ et al. 1981; HECHT, POPPEI 1981). Das gilt gleichermaßen für die

Erzeugung eines emotionalen Stresses wie für seinen Abbau.

Bereits [illegible] (1969 -) sieht in seiner Krankheitslehre auf die Möglichkeit hin, daß aus dem Unvermögen, Konfliktsituationen emotional zu verarbeiten und zu beherrschen, funktionelle und organische Erkrankungen entstehen können. (HEPACH 1981).

Daß eine enge Beziehung des emotionalen Stresses zum Gedächtnis besteht, wiesen HECHT und POPPEI (1981) nach. Sie zeigten, daß gerade in der frühen postnatalen Ontogenese bestimmte Informationen einen prägenden Charakter gewinnen, der zu einer niedrigen Reizschwelle und einer hohen Empfindlichkeit gegenüber Reizen oft für das ganze Leben führt.

Chronisch emotionaler Streß bei permanent negativer emotionaler Spannung ist ein starker, pathogener Faktor, in dessen Folge Störungen zentral-nervaler und vegetativ-endokriner Regulationen und somit Störungen im Bioenergismus auftreten. (ANOCHIN 1967; SUNDERMANN, RELKE 1973; HECHT, POPPEI 1981). So sieht BASTECKY (1980) in psychophysischen Erkrankungen das Ergebnis von bis zum pathologischen Niveau gesteigerten negativen Emotionen.

Vorwiegend naturwissenschaftlich ausgebildete Mediziner begegnen Patienten mit emotional bedingten Störungen mit einem gewissen Unverständnis. Diese Patienten werden entweder als Psychopathen abgestempelt oder umetikettiert als "körperlich Kranke", und so sieht auch die Therapie aus. (RICHTER 1978). Die Betrachtung des Menschen in seiner psychosozialen Einheit ist die Grundlage dafür, daß bestimmte menschliche Krankheiten nicht nur als eine Funktionsstörung des Organismus anzusehen sind. Diese Krankheiten sind vielmehr als vielschichtigen Zusammenwirken sich [illegible] beeinflussender

biologischer, sozialer und psychischer Umstände aufzufassen. (RICHTER-HEINRICH et al. 1971; STROTZKA 1978; KUHLENFORST, STUBE 1982).

Es gilt also bei der Diagnostik und Therapie derartiger Störungen, dem körperlichen nicht weniger, dem Seelischen dagegen mehr Beachtung zu schenken. (WEISS und ENGLISH, zit. in KÖHLE 1981).

Auf emotionalen Stress können zahlreiche Krankheiten zurückgeführt werden.

Um einige zu nennen:

- Herz-Kreislauferkrankungen (BLOHMKE 1966; EIFF 1967 a + b; BAUMANN, GRAFF 1968 a + b; NITSCHKOFF 1971; THOM, WEISE 1973; HECHT, POPPEI 1981)

- Magen-Darmstörungen (BAUMANN, GRAFF 1968 a + b; HECHT, POPPEI 1981)

- Magengeschwüre (THOM, WEISE 1973; HIRSCHMANN 1975; GREER 1976; ENKE 1977; KULAWIK, OTT 1983)

- Störungen der endokrinen Sekretion (BAUMANN, GRAFF 1968 a + b; HECHT, POPPEI 1981)

- Krebs (GREER 1976; RICHTER 1978)

- Urticaria (DRUNKENMÖLLE 1971)

- Diabetes (FEIEREIS, THILO 1980)

- Wirbelsäulenbeschwerden als Projektionsfeld für emotionale Störungen, innere Konflikte und psychoreaktive Anpassung (VENZLAFF 1975)

BAUMANN (1968 a + b) wies die Vergesellschaftung des Frühstadiums der essentiellen Hypertonie mit latenten diabetischen Kohlenhydratstoffwechseldefekten über

corticoviscerale Mechanismen als Antwort des Organismus auf emotionale Reizüberflutung und psychische Belastungen auf.

Über die engen Zusammenhänge coronarer Herzerkrankungen mit Blutdrucksteigerung, Serumcholisterinerhöhung und vermehrtem Körpergewicht, die sich wechselseitig im negativen Sinne beeinflussen, berichtet BLOHMKE (1971). Auch hier spielen Probleme des Kohlenstoffwechsels eine Rolle.

Die Reaktion auf Belastungen ist also individuell unterschiedlich und wahrscheinlich für jeden Menschen spezifisch. (SELYE 1964). Jeder Mensch benötigt ein Minimum an Streß und verträgt ein bestimmtes Maximum. Die Art des Stresses sowie sein Minimum und Maximum sind jedoch individuell sehr unterschiedlich. Wo die Grenzen des Einzelnen liegen, müßte jeder bekannt sein. (SELYE 1974). Leider scheint das jedoch nicht der Fall zu sein und ist auch sehr schwierig einzuschätzen. Komplexe Verbindungen der beiden antagonistischen Einheiten des vegetativen Nervensystems, dem sympathischen und parasympathischen, führen nach HIRSCHMANN (1975) dazu, daß gleichzeitig ein anregender und ein dämpfender Impuls auf die Erfolgsorgane, wie Gefäße, Magen/Darm, Herz, Nieren und Sexualorgane, ausgeübt wird.

Betrachten wir in diesem Zusammenhang die Ergebnisse von Untersuchungen SIEDECKS (1955) über den vegetativen Dreitakt des Stresses.

SIEDECK untersuchte das Verhalten von Sympathikus und Parasympathikus während der Streßreaktion. Er ist der Meinung, daß die Vorphase des Stresses vom Vagus beherrscht wird, der den Organismus in eine kurzzeitige Abwehrreaktion versetzt. Dagegen steigt in der Alarmphase der Sympathikotonus steil an. Gesteigerte Stoffwechsel- und Kreislauffunktion sorgen für die Bereit-

stellung benötigter Energiemengen. In der nachfolgenden Erholungsphase klingt die Sympathikus-Erregung ab, der Parasympathikus übernimmt die Führung bei der Wiederherstellung der Ausgangslage.

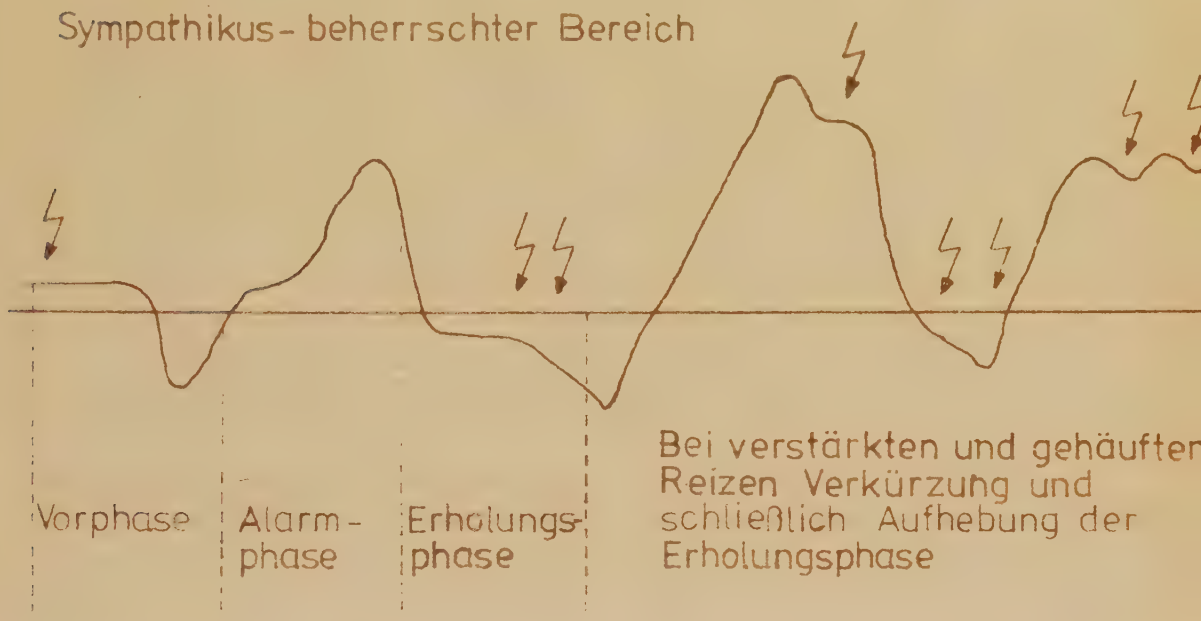


Abb. 4 Der vegetative Dreitakt der Streßreaktion nach SIEDECK

Treffen übermäßig starke oder häufige Reize den Organismus, so kann dieser physiologische Erregungsablauf pathologische Formen annehmen. Durch den Wegfall der Erholungsphase befindet sich dieser Organismus in einer Dauererregung. Auch anlagebedingte, individuelle Besonderheiten verändern den vegetativen Dreitakt. (WEBER 1976).

So fehlt beim Sympathikotoniker die vagotone Vorphase. Er lebt ständig auf einem erhöhten Erregungsniveau und

kehrt auch nach der Erregung schnell zu diesem Niveau zurück. Bei häufigen Streßreizen kann die Erholungsphase sehr bald völlig fehlen und die pathologische Dauerspannung einsetzen.

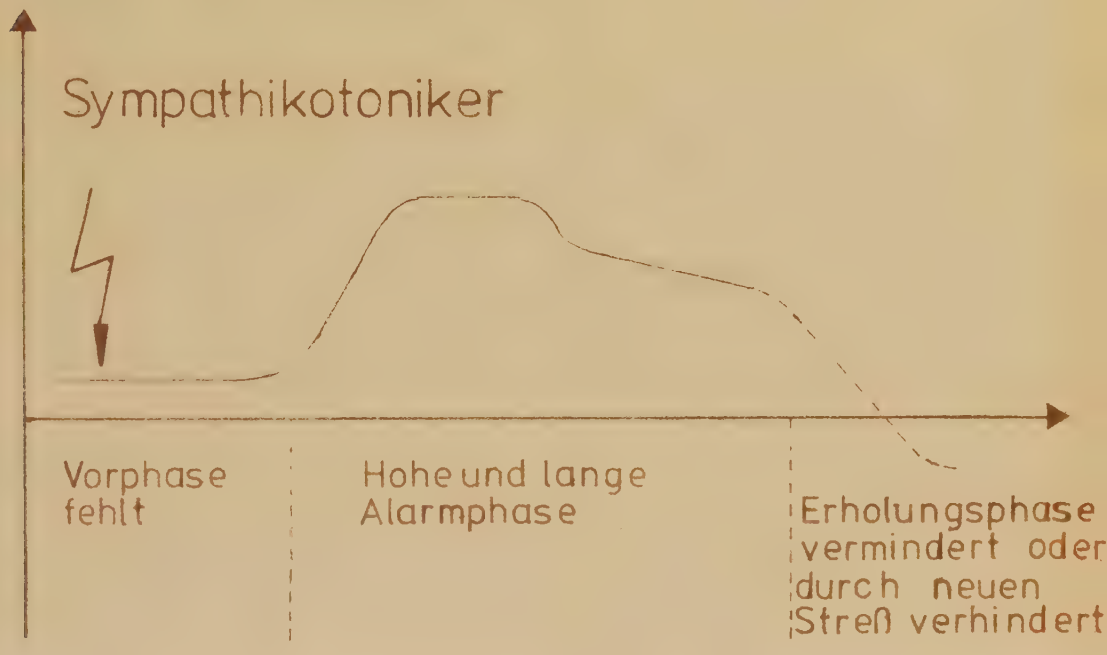


Abb. 5 Verlauf der Streßreaktion beim Sympathikotoniker

Beim Parasympathikotoniker dagegen ist die vagotone Vorphase überwiegend stark ausgebildet. Die Alarmphase nach SELYE (1953) wird später erreicht, ist schwächer ausgebildet oder fehlt ganz.

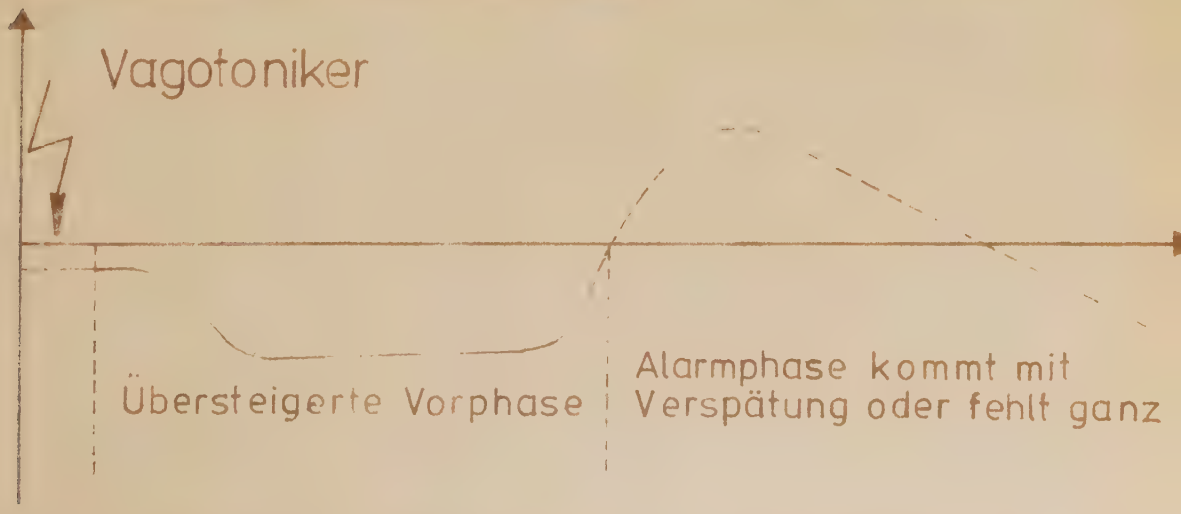


Abb. 6 Verlauf der Streßreaktion beim Vagotoniker

LUKE (1977) ordnet diesen beiden Reaktionstypen die beiden Affektgruppen, den Kampftyp und den Fluchttyp zu. Der Kampftyp ist charakterisiert durch Aktivität, Angriffslust und spontanes Handeln. Der Fluchttyp dagegen neigt eher zum Rückzug, zur Realitätsabkehr und zur inneren Assimilation.

Auch im biologischen Bereich gibt es Unterschiede. Während der Sympathikotoniker mehr hyperfunktionelle Veränderungen aufweist, dominieren beim Vagotoniker die hypofunktionellen. (VESTER 1976). Einige Symptome der pathologisch entgleisten chronischen Verlaufsform des Stresses treten beim Sympathikotoniker bzw. beim Vagotoniker häufiger auf. (VESTER 1976).

Tabelle 1

Sympathikotoniker	Vagotoniker
Denkblockaden	Schwindel
Aggression	Depression
verringerte Immunabwehr	verringerte Immunabwehr
Herzinfarktgefahr	Bronchialasthma
Bluthochdruck	niedriger Blutdruck
Hyperglykämie	Hypoglykämie
Schäden der Nebenniere	Magengeschwüre
Nierenschäden	Darmleiden
temporäre Impotenz	Blasenerkrankungen

Diese Erkenntnisse zeigen, daß der individuellen Reizreaktionslage neben den Streßreizen (Stressoren) der Umwelt eine erhöhte Beachtung zu schenken ist. Das gilt insbesondere für das schwierige Problem der Prophylaxe psychischer Störungen. Allerdings reagiert die Mehrzahl der Menschen auf Stressoren nicht eindeutig als Sympathikotoniker bzw. als Vagotoniker. Möglicherweise spielen dabei andere Faktoren, wie die Spezifität des Rei-

zes, die hormonelle Stimulation u. a. eine Rolle.

Es ist also sehr schwer, der Forderung von SELYE (1974) nachzukommen, daß jeder seine Grenzen kennen müsse. Ansatzpunkte gibt es aber dafür. Ein Stressor mit starker pathogener Wirkung kann z. B. der Konflikt sein.

5.3. Konflikte als Stressor

Im beruflichen Leben nehmen neben körperlichen und psychischen Überforderungen und Unterforderungen (Monotonie bei Fließbandarbeit) die zwischenmenschlichen Probleme einen besonderen Platz ein. Das betrifft sowohl Konflikte der Beziehungen im Kollektiv, als auch Probleme der Leitungstätigkeit, Autorität, Rivalität, überzogenes Leistungsstreben, Ehrgeiz und Geltungskonflikte. (HECHT 1966; SZEWCZYK 1968; BACHMANN et al. 1973; HECHT 1983).

Konflikte sind psychische Phänomene im Innern des Menschen, die im Kampf gegensätzlicher Tendenzen zu einer Entscheidung drängen. (WILD 1973, CLAUSZ et al. 1981). Oder anders ausgedrückt: Mindestens zwei antagonistische Tendenzen geraten in Kollision und bestimmen Erleben und Verhalten des Individuums. (HECHT 1977; [illegible] 1980). Konflikte gehören zu jedem menschlichen Leben. Konflikte, deren Lösung nicht gelingt, haben Bedeutung in der Pathogenese vieler Krankheiten ([illegible] et al. 1976). Sie spielen sich meist im Interpersonellen Bereich ab und besitzen für die Persönlichkeit einen individuellen Bedeutungsgehalt. (WILD 1973).

Das Spektrum von Konflikten umfaßt alle Lebensbereiche: Beruf, Ehe, Partnerschaft, familiäre und sozial-ethische Konflikte. Im familiären Bereich stehen die Partnerkonflikte an erster Stelle. Aber auch Generationsprobleme und Probleme, die sich aus der neuen Stellung der Frau

in der Gesellschaft erlangen, spielen hier eine große Rolle. (ILLIMKOWA-DEUTSCHOWA 1962; BOCHNIK 1971).

Dagegen zählen nach KLUBIES (1980) im beruflichen Lebensbereich Autoritätsprobleme zu den häufigsten Konfliktursachen.

BOCHNIK (1971) weist prospektiv anhand von Trends auf zukünftige Konflikte hin. Außer der Bemerkung, daß der Arzt von Morgen die Konflikte der Patienten häufiger in Betracht ziehen muß, fehlen leider jegliche Hinweise auf Möglichkeiten der Konfliktprophylaxe und -bewältigung.

Konflikte können im Organismus Streß erzeugen. Das hängt sowohl von der Art, der Dauer und der Stärke des Konfliktes als Stressor ab, als auch von der individuellen Fähigkeit des Organismus, mit dem Konflikt fertig zu werden. Eine Adaptation mit Konfliktlösung ist der Garant für die Heilung. Kommt es jedoch zur Maladaptation, so ist der Konflikt in der Lage, eine Krankheit auszulösen. BOCHNIK (1971) versteht dabei unter der psychischen Erkrankung ein konfliktbedingtes Mißverhältnis zwischen Anspruch und Wirklichkeit, das zu einem Leiden wird.

In diesem Zusammenhang darf der Konflikt jedoch nicht nur als negativer krankheitsauslösender Faktor betrachtet werden. Konflikte können auch einen positiven Einfluß auf die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen haben. In der Auseinandersetzung mit dem Lebensschicksal reift der Mensch. Er lernt mit Risiken umzugehen und mit Enttäuschungen und Niederlagen zu ertragen. (BOCHNIK 1971).

5.4. Streß und seine Folgen

Aus dem bisher Gesagten kann man folgern, daß sich laufend wiederholende Streßreaktionen schließlich zu den aus der Sprechstunde bekannten funktionellen Beschwerden führen. Unter funktionellen Beschwerden, auch vegetative oder psychogene Störungen genannt, faßt man alle alltäglichen Störungen des Wohlbefindens zusammen, wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Obstipation, Magen- und unklare Herzbeschwerden, innere Unruhe, ständige Müdigkeit usw. (JULI, ENGELBRECHT-GREVE 1980).

Nach HESS (in HESS et al. 1980) stellen neurotisch-funktionelle Störungen "keine diagnostische Einheit" (s. 23) dar. Sie sind Folgen und Begleiterscheinungen erlebnisbedingter Störungen in der Wechselbeziehung zwischen Organismus und Umwelt.

Neurotisch-funktionelle Störungen sind Beschwerden ohne organische Ursache und ohne weitere Funktionsabweichung. Es handelt sich hierbei nicht um organische Krankheiten. Labor-, Röntgen- und EKG-Untersuchungen ergeben keine pathologischen Befunde. Trotzdem sind Patienten mit diesen Störungen keine Simulanten. Ihre Beschwerden sind echt und sind auf Störungen der Funktion verschiedener Organe und Organsysteme zurückzuführen. (JULI, ENGELBRECHT-GREVE 1980).

Der psychisch Kranke in der Allgemeinmedizin kommt mit großer Regelmäßigkeit in die Sprechstunde. (LEITHER 1965). Er bietet dem Arzt seine Erkrankung in Form seiner funktionellen Störungen an. Die Art und Vielfalt seiner Beschwerden ist meist charakteristisch. Sie werden nicht nur auf ein Organ oder Organsystem lokalisiert, sondern betreffen eine unterschiedliche Körperregionen. Häufiger Symptomwechsel und Überlagerungen lassen den Verdacht einer psychosomatischen Funktionsstörung nahe. (LEITHER 1965; THOM, WALSH 1973). Neben Schmerzen aller Art dürf-

ten Störungen des Schlafes, gemessen am Konsum der Medikamente, die häufigsten Leide[illegible]. Funktionelle Schlafstörungen treten nach [illegible] (1975) als Symptom akuter seelischer [illegible]stungen in 38 % und als Begleiterscheinung chronischer Konflikte in 26 % der Fälle auf.

Aber auch emotionale Erregungszustände führen den Patienten zum Arzt. Er klagt über Angst, Ärgerlichkeit, Konzentrationsstörungen und erhöhte psychonervale Belastungen. (SCHMIDT 1963). Dabei sind sowohl seelische Symptome wie Angst, Unlust, Depression als auch somatisierte körperliche Krankheitszeichen Ausdruck intrapsychischer Konflikte und psychosozialer Belastungen. (JUHL, [illegible]-GREVE 1980; HEPACH 1981).

Die Karteikarten gewinnen durch die häufigen Konsultationen, sowie die zahlreichen Überweisungsberichte und Befunde mit der Zeit an Umfang. BALINT (1980) spricht von den "dicken Tüten".

Dem Arzt in der allgemeinmedizinischen Praxis begegnen alle Formen neurotischer Krankheitsentwicklungen. Die Spontanheilung funktioneller Störungen ist groß, die Mortalität gering. Aber möglicherweise sind Träger funktioneller Störungen Kandidaten für ein späteres Ulcus, eine Hypertonie, einen Herzinfarkt usw. (PFLANZ 1962).

Neben den funktionellen Störungen als Krankheiten ohne organisches Substrat finden sich Störungen der Mensch-Umwelt-Beziehungen, die sich in Form somatischer Störungen mit organischem Befund anbieten.

Im Institut für Herz-Kreislauf-Forschung der Akademie der Wissenschaften der DDR gelang es, durch eine komplexe Betrachtung physiologischer und psychologischer Systemregelungen, pathologische Erscheinung in der Einheit von Organismus und Umwelt, zu erkennen. (BAUMANN 1970; GRAFF et al. 1971; NITSCHKOFF 1971; RICHTER-HEINRICH et al. 1971).

Daß Blutdruckschwankungen mit psychischen Eindrücken korrelieren, ist eine Tatsache, die jeder ambulant tätige Arzt aus der täglichen Praxis kennt. (EIFF 1967). Ohne Zweifel werden jedoch die essentielle Hypertonie und verschiedene sekundäre, sogenannte symptomatische Hypertonien in Verlauf und Prognose entscheidend von psychischen Gegebenheiten im Leben des Patienten bestimmt. ([illegible] 1962; EIFF 1967; [illegible] 1975).

Es liegen umfangreiche Untersuchungen über die Zusammenhänge von emotionalem Streß und corticovisceralen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems vor. Dabei ist nicht nur ein einzelnes psychisches Merkmal oder eine ganz bestimmte Umweltbedingung für die Entstehung eines Hochdrucks charakteristisch, vielmehr handelt es sich um eine Kombination verschiedener psychisch belastender Faktoren, die in ihrer Summe als Dauerstreß wirken. (KATZENSTEIN et al. 1967). Mit großer Wahrscheinlichkeit sind darum akute und chronische Streßzustände ätiologisch beteiligt. (RICHTER-Heinrich et al. 1971).

Auch LEHMANN (1970) und GRAFF et al. (1971) weisen in diesem Zusammenhang bereits 1968 auf die Möglichkeit gemeinsamer ätiologischer und pathogenetischer Faktoren in der Frühphase der Entstehung einer essentiellen Hypertonie und diabetischer Vorstadien hin und betonen dabei die Gefahr einer Arteriosklerosis praecox, insbesondere der Coronarsklerose bzw. die Gefahr des Herzinfarkts.

Durch die Alarmreaktion auf Streß werden ganze Systeme zur Reizverarbeitung mobilisiert, die zum großen Teil nicht benötigt werden. Dazu gehören u. a. Veränderungen des Blutzuckers und Cholesterinspiegels sowie Störungen im Katecholaminhaushalt. ([illegible], [illegible] 1966; [illegible] 1975; HECHT, POPPEI 1977). Durch die Katecholamine, Adrenalin und Noradrenalin, wird das gesamte Nervensystem oder

Teile davon in eine gesteigerte Funktion gesetzt, ohne daß eine entsprechende Leistung des Körpers vorgesehen ist. Das vegetative Nervensystem als Resonanzboden für funktionelle Störungen läuft auf Hochtouren - im Leerlauf. (HIRSCHMANN 1975; LANGEN 1975).

Die Mobilisierung von Kreislauf und Stoffwechselvorgängen ist entwicklungsgeschichtlich gesehen ein notwendiger, zweckdienlicher Vorgang. War er doch bei den Vorfahren der heutigen Menschen für den Nahrungserwerb und für den Schutz des eigenen Lebens nötig. Heute werden an den Menschen andere Anforderungen gestellt.

Der Streßmechanismus jedoch läuft wie eh und je mit der Mobilisation von Energiereserven ab, obwohl diese für die Verarbeitung des Streßreizes nicht benötigt werden.

HIRSCHMANN (1975) sieht in der Nichtinanspruchnahme der bereitgestellten Energie in einer Streßsituation die biologischen Ursachen für zahlreiche Krankheiten. Bei diesen Krankheiten, den sogenannten psychosomatischen Krankheiten, handelt es sich um eine cerebroviszerale Regulationsstörung auf der Basis einer gestörten Informationsverarbeitung. Gleichzeitig oder unabhängig von dieser Störung sind bei diesen Erkrankungen Adaptationsleistungen des Organismus in physiologischen und psychologischen Systemen vermindert. (BAUMANN 1968; RICHTER-HEINRICH et al. 1971; GRAFF et al. 1971; NITSCHKOFF 1971).

Über ein kompliziertes, phylogenetisch entstandenes System werden Impressionen aus der Umwelt als Erregungszustände über afferente Nerven zentral geleitet. Im Zentralnervensystem erfolgt die Verarbeitung der Erregung in der sogenannten Afferenz-Synthese (ANOCHIN 1967) und die Gestaltung einer Reaktion, die als efferente Erregung das Erfolgsorgan stimuliert. Unübersehbare Verflechtungen und Wechselwirkungen von Erregung und Hemmung verbinden zentrale Denkprozesse und emotio-

nale Erregungen mit Erfahrungen und Lernergebnissen der Phylo- und Ontogenese. (ANGELIN 1967; BAUMANN 1970).

Die Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie der DDR versteht unter psychosomatischen Krankheiten im engeren Sinne Erkrankungen mit organischen Veränderungen, an deren Entstehung und Unterhaltung psychische und soziale Faktoren maßgeblich beteiligt sind und bei denen meist eine Neurose vorliegt. (SEEFELDT 1982).

STROTZKA (1978) meint sogar, daß die vorausgehende neurotische Fehlentwicklung die Voraussetzung für die Chronifizierung einer psychosomatischen Krankheit ist. Der gleichen Ansicht ist MITSCHERLICH (1969 a, S. 127), wenn er sagt, daß "eine psychosomatische Krankheit ohne eine gleichzeitig bestehende Psychoneurose nicht zu denken ist."

Demzufolge ist die psychosomatische Medizin keine spezielle Fachrichtung, sondern sie ist die besondere Art und Weise, bestimmte Krankheiten in ihrer Äthiologie, Pathogenese und Therapie unter der einheitlichen Betrachtung von Leib und Seele zu verstehen. Damit ist sie gleichzeitig ein möglicher therapeutischer Zugang zum psychisch Kranken. (BRÄUTIGAM 1975; HEPACH 1981).

Zu den klassischen psychosomatischen Erkrankungen werden das peptische Ulcus und das Asthma bronchiale, die Colitis ulcerosa und ekzematische Erkrankungen gezählt. Über diese sogenannten klassichen psychosomatischen Erkrankungen hinaus findet man kaum eine Krankheit, bei der nicht gewisse Einflüsse in der Krankheitsgenese eine Rolle spielen können. (BRÄUTIGAM 1975).

Eine rein organische Krankheit ist außerordentlich selten, da jede Krankheit sowohl somatische als auch psychische Aspekte beinhaltet. Selbst Infektionskrankhei-

entstehen erst bei einer Abwehrschwäche, die jedoch wesentlich von psychischen Faktoren bestimmt werden kann. (KÖHLE 1981).

5.5. Streß in seiner Bedeutung für die Beziehung Gesundheit - Krankheit

Aus dem bisher Gesagten kann man wie folgt resümieren: Ein gewisses Maß an Streß ist für den Organismus nicht schädlich, sondern dient seiner Entwicklung und Reifung. In der Auseinandersetzung mit der Umwelt wird Lernen, Anpassung - Adaptation und normales Leben - erst möglich. Als Salz in der Suppe des Lebens ist der Streß gewissermaßen notwendig. (HECHT 1966; SELYE 1974; [illegible] 1975; LANGER 1975; HECHT, POPPEI 1977, 1981).

Ob Streßreize zur Adaptation oder zur Maladaptation führen, entscheidet, wie das o. g. Schema von HECHT und BAUMANN zeigt, die Streßsensibilität. Diese individuelle Empfindlichkeit gegenüber Streß wird bestimmt durch innere und äußere Umstände. (JULI, ENGELBRECHT-GREVE 1980; HECHT, POPPEI 1977, 1981).

Bei einer kritischen Einschätzung des Stresses in bezug auf Adaptation und Maladaptation muß festgestellt werden, daß Streß sowohl zur Förderung der Gesundheit durch Anpassung, Adaptation beitragen kann, als auch krankheitsauslösend wirken kann, wenn Adaptationsmechanismen durch ihn überfordert werden.

Bezug nehmend auf das Gesundheits-Krankheitsschema von HECHT bedeutet das, daß pathogene Wirkungen des Streß möglichst frühzeitig erkannt werden müßten, möglichst schon im Vorfeld der Erkrankung, nämlich in der prämorbiden Phase. (MITZSCHERLING 1971; BRÄUTIGAM 1978; KABANOW 1980; HECHT 1983).

Es gilt noch immer der alte Grundsatz: Vorbeugen ist billiger, einfacher und humaner als Heilen. ([illegible] 1971). Das erfordert entscheidende Voraussetzungen:

1. Analyse des Stessors

Das bedeutet, den Einfluß sozialer Bedingungen und Beziehungen auf die Krankheitsverursachung, den Krankheitszustand und seinen Verlauf zwecks besserer Optimierung der Prophylaxe, intensiver zu erforschen. (BAUMANN 1970; KÜHNE 1973; WINTER 1973). Dazu gehört die Untersuchung des Streßreizes, die Suche nach Möglichkeiten seines Abbaus oder seiner völligen Elimination, also die primäre Prävention. Das ist nicht immer allein ein medizinisches Problem.

Die Soziogenese erforscht Krankheitsursachen unter gesellschaftlichen Bedingungen. Not, Hunger, Armut, Arbeitslosigkeit sind Stressoren, die im Weltmaßstab durchaus noch nicht ihre Bedeutung verloren haben. Entfremdete Arbeit, Isolierung, Ablehnung, schlechte Wohnbedingungen (besonders zu große Wohndichte), Unsicherheit, Orientierungslosigkeit, Sinnleere, uneinsichtige Aggressionen, die Widersprüche vermitteln, Überwältigung durch Reize und die Unmöglichkeit der Befriedigung wesentlicher Bedürfnisse wie Sicherheit, Vertrauen usw. sind Bedingungen für die Entstehung einer psychonervalen Krankheit, wo die Therapie gegenüber der Prophylaxe zurücktritt. (STROTZKA 1972).

Hierbei kommt es auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Betrieben, staatlichen Einrichtungen und gesellschaftlichen Institutionen an.

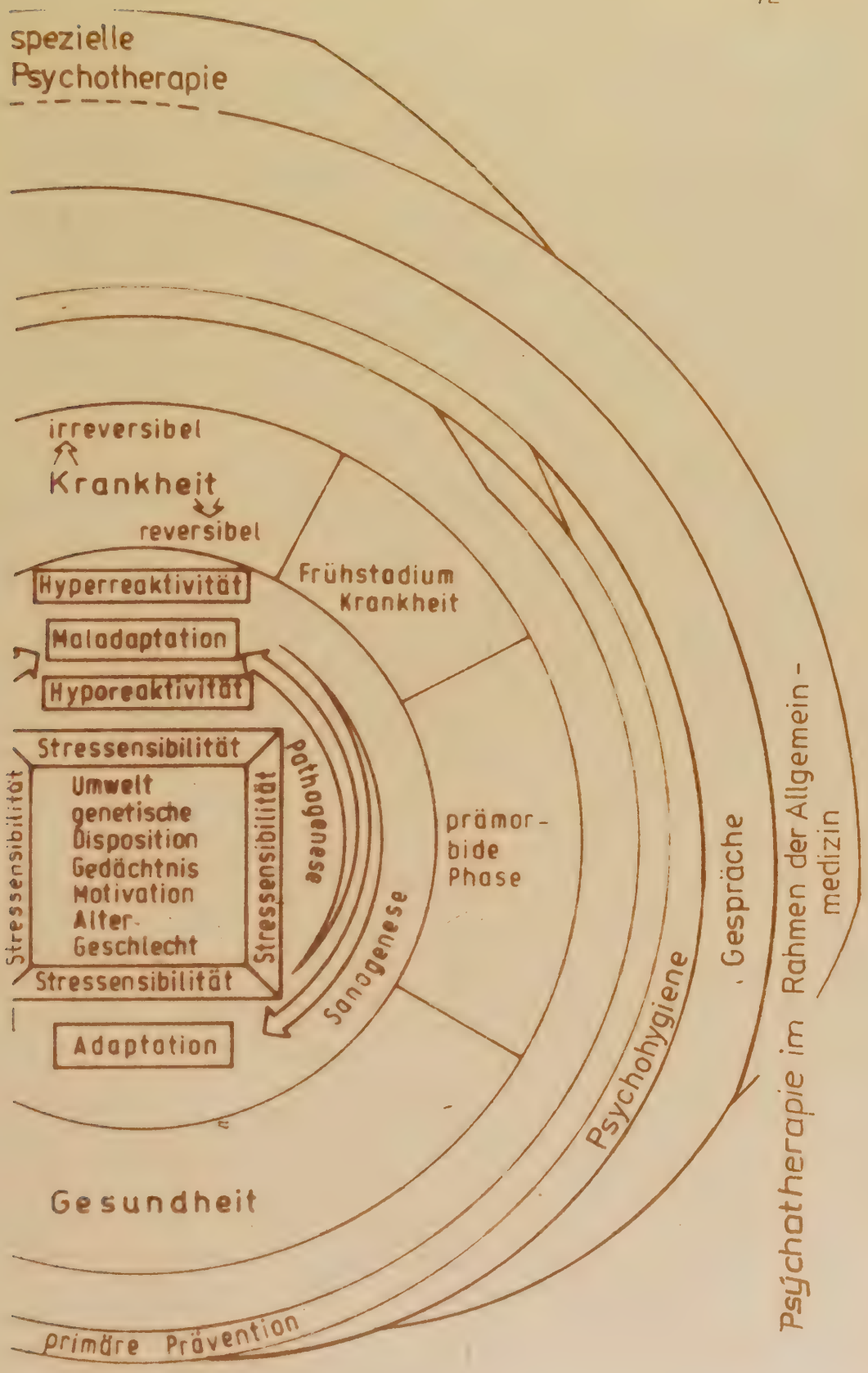


Abb 7 Ergänztes Schema nach HECHT (BAUMANN, HECHT 1977)

2. Eine möglichst früh einsetzende Therapie

Dabei ist es nötig, gesundheitliche Schäden durch Streß, so früh als möglich zu erkennen und sie einer geeigneten Behandlung zuzuführen. Es muß allerdings betont werden, daß bei psychonervalen Krankheiten durch psychotherapeutische Maßnahmen nur Ansatzpunkte gegeben sind, sanogenetische Prozesse zu stärken, damit diese gegenüber pathogenetischen dominieren.

Die ausschließlich organorientierte Medizin der letzten Jahrhunderte war durchaus sinnvoll. Die Wandlung der Morbiditätsstruktur in den letzten 100 Jahren verlangt aber von den Medizinern neue Strategien zur Behandlung neuer Krankheitsbilder. Es gilt heute, die vorwiegend organorientierte Medizin zu überwinden und durch psychotherapeutisches Denken und Handeln, das die ganze Persönlichkeit des Kranken erfaßt, zu ergänzen. (OTT 1980; [illegible], OTT 1983).

Es ist bekannt, daß vegetative Erscheinungen mit der Chronifizierung der sie auslösenden Problematik chronisch werden oder von dieser isoliert auftreten. Eine ängstliche Aufmerksamkeit auf ein Symptom verstärkt dieses im Sinne einer Angstspirale. (STROTZKA 1969; THOM, WEISE 1973).

Daß dieser Vorgang durch das autogene Training z. B. unterbrochen und umgekehrt, d. h. zur Auflösung gebracht werden kann, soll hier nur erwähnt werden.

Bevor die Psychotherapie funktioneller und neurotischer Störungen näher betrachtet wird, sollen hier noch einmal einige gesundheitspolitische und gesellschaftliche Probleme näher beleuchtet werden.

6. [illegible] gesundheitspolitische Probleme

In den letzten Jahren ist ein rasanter Anstieg von Medikamentenkosten und finanziellen Ausgaben der Sozialversicherung bei Arbeitsunfähigkeit, kostenaufwendigen Krankenhausaufenthalten und Kuren zu verzeichnen gewesen. Ein großer Teil dieser Kosten entfällt auf psychonervale Krankheiten. (OEHME, RICHTER 1967; OEHME et al. 1967; HEUCHT et al. 1968; FELDES 1973; WINTER 1973; VESTER 1976).

Die [illegible] Bedeutung, die streßinduzierte Krankheiten erlangten, verlangt von jedem Arzt, sich kritisch mit dem Krankheitsbild des funktionell-gestörten und neurotischen Patienten auseinanderzusetzen. Der allgemeinmedizinisch tätige Arzt wird in seiner täglichen Arbeit mit einer Vielzahl von Problemen, die mit dieser Gesundheitsstörung zu [illegible] en, konfrontiert. Hier sollen drei Problemkreise näher betrachtet werden:

1. Arbeitsunfähigkeit (AU)

2. Medikamentenverbrauch

3. Kuren

6.1. Arbeitsunfähigkeit (AU)

Wie BRÜCKNER (1978) auf der 3. Tagung des Nationalen Komitees für Gesundheitserziehung der DDR feststellte, steht bei den Gesamtausfallzeiten in der Volkswirtschaft der DDR der Arbeitsausfall durch ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit an erster Stelle. Ein Krankenstand von durchschnittlich 6 % bedeutet, daß täglich ca. 500.000 Werktätige keine Werte schaffen, sondern das Nationaleinkommen schmälern. Dabei verursacht ein Krankenstand von 1 % in der DDR den Ausfall eines Produktionswertes von etwa 1,7 bis 2 Milliarden Mark täglich. Somit geht, wie PORSCHITZ (1978) auf der gleichen Tagung darlegte, in 5 Werktagen derzeit

das gesamte gesellschaftliche Arbeitsvermögen eines Planjahres durch den Krankenstand verloren.

In dieser Zusammenhang weist BECKMANN (1978) ausdrücklich auf die steigende Tendenz des Krankenstandes hin. Durch den Anstieg des Krankenstandes von 1972 bis 1976, z. B. standen rund 55.000 Arbeitskräfte für die Erfüllung der volkswirtschaftlichen Aufgaben nicht zur Verfügung. (PORSCHITZ 1978). Aus diesem Grunde sind Fragen der Senkung des Krankenstandes von ganz erheblicher ökonomischer Bedeutung.

Der Krankenstand der Werktätigen ist ein vielschichtiges gesellschaftliches Bedingungsgefüge biologischer, medizinischer, psychischer, sozialer und ökonomisch-technischer Faktoren. Seine Senkung ist nicht allein ein medizinisches, sondern in erster Linie ein gesamtgesellschaftliches Anliegen.

Als Folge negativer Einflüsse auf das Wohlbefinden am Arbeitsplatz kennen wir

- die Beeinträchtigung des Wohlbefindes,
- das verminderte Leistungsvermögen,
- Fehlzeiten durch Arbeitsunfähigkeit,
- die Frühinvalidität und
- die Vorsterblichkeit. (KREIBICH et al. 1968).

Den Beweis, daß die Arbeitsunfähigkeit auch soziologisch bedingt sein kann, liefert der Nachweis der Senkung der AU-Häufigkeit und AU-Dauer durch Optimierung der Wechselverhältnisse von Organismus und Umwelt bzw. von biologischen Dispositionen und sozialen Expositionen, d. h. der Anpassung der Arbeit an den Menschen. (KREIBICH et al. 1968; THOM, WEISE 1973).

SCHÄFER (zit. in BECKMANN 1972) gab 1966 in einem gesicherten Schätzwert an, daß 2 % der Bevölkerung der

BRD laufend wegen funktioneller Krankheiten arbeitsunfähig sind. Bei einem durchschnittlichen Krankenstand von etwa 6 % bedeutet das, daß ständig 1/3 aller Krankheitsungen psychogen bedingt sind. Dabei steht fest, daß leichte neurotisch bedingte, funktionelle Erkrankungen nur selten, etwa in 20 % der Fälle, zur Arztkonsultation führen.(PFLANZ 1962; [illegible] 1972; KLUMBIES 1980). Diese Kranken suchen eher Rat und Hilfe bei Laien, Familienangehörigen, Freunden, Kollegen o. a. (PFLANZ 1961).

Eine hohe Arztdichte korreliert mit der Tatsache, daß mehr Patienten mit Bagatellerkrankungen und funktionellen Störungen den Arzt aufsuchen. (PFLANZ 1961).

Viele Arbeitsbefreiungen werden auf Grund einer Neurose ausgestellt, jedoch meist unter einer anderen Diagnose aus dem somatischen Bereich.(KLUMBIES 1975). Dabei sind die funktionellen Störungen oder somatisierten Krankheiten als Scheinlösung eines Konfliktes zu betrachten. Sie stellen einen zur Krankheit umgewandelten Konflikt dar. (FEIEREIS, THILO 1980).

Der Krankheitswert von Neurosen muß jedoch sehr differenziert betrachtet werden: Von seiten des Patienten besteht durch das subjektive Leidenserlebnis ein mehr oder weniger starkes Krankheitsgefühl mit Krankheitswert, das einer Behandlung bedarf. Hinsichtlich des objektiven Befundes besitzt die Neurose keinen Krankheitswert, was sie anscheinend in den Augen der psychotherapieunerfahrenen Ärzte und Patienten in Mißkredit bringt. In bezug auf eine Arbeitsunfähigkeit oder sogar Berentung besitzt die Neurose nur ganz selten Krankheitswert. (WENDT 1973). STROTZKA (1969) ist hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit der gleichen Ansicht und weist auf die hoffnungslose Chronifizierung der Erkrankung durch meist unberechtigte Versorgungsansprüche von seiten des Kranken

hin. Langzeitarbeitsunfähigkeit oder spätere Frühinvalidität können die Folge einer unkritischen Einstellung des Arztes zum Patienten und seiner Krankheit sein. Allerdings steht diesem der emotionelle und materielle Krankheitsgewinn durch Arbeitsunfähigkeit entgegen.

Ohne Zweifel erleichtert eine großzügige Sozialversicherung, wie sie in der [illegible] besteht, den Schritt zur Arbeitsbefreiung erheblich, sowohl für den Patienten als auch für den Arzt. Deshalb ist es für den Arzt nicht immer leicht, zwischen dem Drängen des funktionell gestörten Patienten auf Ruhe, Entspannung und Erholung einerseits und der gesellschaftlichen Verpflichtung, durch Senkung der Arbeitsunfähigkeit andererseits die materielle Produktion zu stärken, zu entscheiden. (WENDT 1973). Ruhe, Schonung, Medikamente und Arbeitsbefreiung sind jedoch für gewöhnlich keine wirksamen Mittel zur Behandlung von Neurosen. Wenn sie zeitweise zum Anfang kurzfristig zum Einsatz gelangen, dann nur, um

1. einen echten Überforderungszustand ausklingen zu lassen,
2. das Vertrauen des Patienten zu gewinnen und
3. ihn auf eine gezielte adäquate Therapie zu lenken. (WENDT 1973).

6.2. Medikamentenverbrauch

Die Pharmakotherapie funktioneller Störungen bis hin zu Störungen auf der Basis von Fehlentwicklungen findet in der somatisch orientierten Medizin eine breite Anwendung. Durch den Mißbrauch von Medikamenten werden Krankheitsursachen und neurotische Symptome verdeckt und die Patienten auf diese Weise lange einer angemessenen Behandlung entzogen. ([illegible], [illegible] 1967; [illegible], STÄHR 1967; MENNINGER 1968; QUANDT et al. 1973; FEIEREIS, THILO 1980).

Eine Therapie funktioneller Störungen kann jedoch nur vorübergehend mit Medikamenten erfolgen. Die Psychopharmakotherapie entbindet den Arzt nicht von seiner Verantwortung, psychische Vorgänge gewissenhaft zu diagnostizieren und in den Therapienlan einzubeziehen. Da die Ursachen tiefer liegen, ist eine echte Therapie für solche Störungen nur die Psychotherapie. (MÜLLER, M. 1968; [illegible] et al. 1973; [illegible], [illegible] 1973; JUL, ENGELBRECHT-GREVE 1980; GALL 1981; WALDMANN 1981).

Der [illegible] biologisch orientierten Medizin entspringt die Ansicht der Bevölkerung, man könne gegen jede Krankheit und alle Beschwerden nur das richtige Arzneimittel einnehmen müsse. Diese Medikamentengläubigkeit, verbunden mit der Erwartungshaltung der Patienten, kann für den Arzt eine schwierige Barriere sein. ([illegible] et al. 1982).

Eine große Zahl von Medikamenten wird nicht vom Arzt verschrieben, sondern vom Patienten selbst gekauft. Für viele Menschen gehören Medikamente zum Leben wie das tägliche Brot. (LUBAN-PLOZZA 1981).

Analog dem steigenden Arzneimittelverbrauch ist auch der Verbrauch an rezeptfreien Medikamenten ständig gestiegen. (ACKEY 1962; OEHME et al. 1967; HECHT 1968).

Der Glaube der Bevölkerung, ein rezeptfreies Medikament sei gefahrlos, wird von OEHME und RICHTER (1967) für gefährlich gehalten. Sie weisen auf die suchtinduzierende Wirkung des Glutethimids (Glutethimid) hin. Besonders bedenklich stimmt der Mißbrauch an Analgetika und Schlafmitteln. (MÖLLER 1967; HECHT 1968; ANKERMANN, STÄHR 1973).

[illegible] und [illegible] (1973) machen darauf aufmerksam, daß vorrangig Spalttabletten dem Patienten weniger

der analgetischen Wirkung dienen sollen, sondern vielmehr als euphorisierendes Stimulans chronisch mißbraucht werden. Durch die Kombination von phenacetinhaltigen Analgetika mit Alkohol kann es zudem zu einer Häufung toxischer Substanzen im Organismus kommen, ([illegible] 1962) während es durch die Kombination von Alkohol mit Schlafmitteln zu schweren rauschähnlichen Bildern kommen kann. (KUKOWKA 1962; QUANDT et al. 1973; WALDMANN 1981).

Der Einsatz von Sedativa und Psychopharmaka ist oft nicht nur unnötig, sondern sogar gefährlich für den Patienten. (OEHME et al. 1967). So kommt es z. B. durch Psychopharmaka zu Hormonspiegelveränderungen (KÜHNE, GENZ 1983).

Die Kompensation ungesunder Lebensweise durch Medikamente birgt zudem die Gefahr von Verkehrsunfällen in sich. (KUKOWKA 1962; ANKERMANN, STÄHR 1973; WALDMANN 1981).

STOBBE (1976) weist in diesem Zusammenhang auf Schäden am haematopoetischen System u. a. durch Psychopharmaka hin. [illegible] Verordnung von Glycosiden bei Herzbeschwerden werden von DANNENBERG et al. (1982) vor Augen geführt. Sie betonen dabei, daß mindestens ein Drittel der an einer internistischen Universitäts-Poliklinik überwiesenen Patienten rein funktionelle Störungen aufwiesen.

Es ist bekannt, daß das ganze System der psychischen Steuerung durch Psychopharmaka beeinfluß werden kann. Dabei kommt es zu unerwünschten und erwünschten Effekten. Die erwünschten Effekte täuschen jedoch häufig nur Momentanerfolge in der Symptombeseitigung vor oder verschleiern die reale psychische Situation. Die unerwünschten Effekte dagegen führen unverzüglich zur Überweisung an den Nervenarzt. (QUANDT 1973).

Die Gefahr der Sucht ist bei Medikamenten, die auf das Zentralnervensystem wirken, besonders groß. Analgetika, Sedativa, Tranquilizer, Antidepressiva, Hypnotika, Weckamine und Appetitzügler bieten fließende Übergänge zum Drogenmißbrauch. (ECKEY 1962; OEHME et al. 1967; OEHME, RICHTER 1967, REMMER 1967; MÜLLER, M. 1968; QUANDT 1973; VESTER 1976; STROTZKA 1978; WALDMANN 1981).

Durch eine entsprechende Gesetzgebung ist der Mißbrauch klassischer Suchtmittel in der DDR weitgehend ausgeschlossen. Dagegen besteht bei Arzneimitteln, die nicht durch das Betäubungsmittelgesetz kontrolliert werden, die Gefahr des mißbräuchlichen Gebrauchs. Das ist besonders dann der Fall, wenn nicht rezeptpflichtige Medikamente, als Wunschrezepte durch Ärzte verschrieben, breiten Kreisen der Bevölkerung zugänglich werden. (OEHME, RICHTER 1967).

Sekundäre Erkrankungen durch Medikamente werden vielfach beschrieben.

Bekannt sind Hornhautschäden durch Thioridazin-Abusus (ECKEY 1962), sowie Leberschäden durch Aktivierung der Leberzelle zur Fremdstoffentgiftung durch Enzyme. (REMMER 1967; QUANDT et al. 1973).

Bei mit Psychopharmaka behandelten Patienten waren Thrombosen und Embolien mit 1,9 % fast 5mal häufiger als bei einer Vergleichsgruppe (0,5 %), die ohne oder mit sehr geringen Dosen Psychopharmaka behandelt wurden. (MEIER-EWERT et al. 1967).

Psychopharmaka erschweren das Lernen, also auch das Lernen des AT. (KÖNIG et al. 1977, 1979).

QUANDT und Mitarbeiter (1973) weisen auf die Gefahr des Suizids bei Antidepressiva hin. Sie machen in diesem Zu-

sammenhang auf irreversible Schäden am Gehirn aufmerksam.

Über Inkompatibilität mit anderen Pharmaka berichtet MÜLLER, M. (1968). Die stürmische Entwicklung der Psychopharmaka seit Anfang der 50er Jahre hat dem Arzt die Therapie psychisch Kranker erheblich erleichtert. (MÜLLER, M. 1968). So wurden durch Psychopharmaka viele Patienten der Psychotherapie erst zugänglich. (BALDMANN 1961). Durch die Beseitigung von Angst und Spannung stieg einerseits die Therapiewilligkeit, und verkürzte sich andererseits die klinische Behandlungszeit. (MÜLLER-HEGEMANN 1966; MÜLLER, M. 1968; MITSCHERLICH 1969 a).

Wenn auch die Psychopharmaka dem Arzt die Therapie psychisch Kranker wesentlich erleichtern, so entheben sie ihn jedoch nicht der Verantwortung, den Patienten einer adäquaten Behandlung zuzuführen. (MITSCHERLICH 1969 a; QUANDT et al. 1973).

Der Mensch in der modernen Gesellschaft ist stets und ständig einer Vielzahl von extremen, häufig schnell wechselnden Umweltreizen ausgesetzt. Als lebender Organismus reagiert er entsprechend auf diese Umweltbedingungen. Nachgewiesenermaßen besteht eine Abhängigkeit der Arzneimittelwirkung von der individuellen Erregbarkeit des Zentralnervensystems. Die Wirkung zentralnervös angreifender Pharmaka hängt von der psychischen Belastung und dem emotionellen Spannungszustand ab. (HECHT 1968).

Emotionale Spannungen führen bei vielen Menschen zu Schlafstörungen und Schmerzen aller Art. Schlafmittel und Analgetika sind, gemessen am Konsum der Medikamente, die am meisten benutzten Pharmaka. (GUNDERT 1975). Ein optimales Schlafmittel würde allerdings in kurzer Zeit und mit Sicherheit physiologischen Schlaf von normaler Dauer herstellen. Der Schläfer sollte nach dem Erwachen das Gefühl haben, wie nach einem natürlichen Schlaf er-

wacht zu sein. Ein solches Schlafmittel gibt es noch nicht. (GÄNSHIRT 1975).

Deshalb sollen Schlafmittel nur gezielt und vorübergehend eingesetzt werden. (STEINERT 1978). GÄNSHIRT (1975) empfiehlt Schlafmittel nur zu verordnen, wenn die Beseitigung krankmachender Noxen nicht gelingt oder eine Neuorientierung der Persönlichkeit vorübergehend unterstützt werden soll.

Erregungshemmende Drogen stellen keine Therapie konfliktbedingter Krankheiten dar. Typisch menschliche Konflikte lassen sich nicht medikamentös lösen.

Auch FELDMANN und THILO (1960) warnen vor Pharmakotherapie, besonders vor dem Dauergebrauch von Medikamenten im Hinblick auf Nebenwirkungen und die Verschleierung des echten Krankheitsgeschehens. In diesem Zusammenhang ist es unverständlich, warum die Packungsgröße von Faustan von 20 auf 30 Tabletten je Originalverpackung vergrößert wurde.

Psychopharmaka erleichtern zwar die auf Konfliktlösung zielende Psychotherapie. Sie ersetzen diese jedoch nicht. (MITSCHERLICH 1969 a).

Jeder Mensch verarbeitet das Erlebnis Krankheit und die damit verbundene Behandlung durch ein Arzneimittel psychisch anders. Jede Anwendung eines Arzneimittels beinhaltet deshalb auch die Gefahr eines Placebo-Effekts. Der Arzt als Therapeut versucht bewußt zu kombinieren: die Arzneimittelwirkung mit dem Placebo-Effekt durch seine Arztpersönlichkeit. Ziel dieses Vorgehens ist die Verstärkung der Wirkung des Pharmakons bzw. die Reduktion der pharmakodynamisch wirksamen Substanz bei gleichem Effekt. (WAGNER 1967; LUDAL-PLAZZA 1971, 1983).

Daß Schmerzzustände nach emotionellem Streß außerordentlich gut auf Plazebos ansprechen, wird von BERNER und SALZ (1975) beschrieben. Sie empfehlen neben der primären Schmerzbekämpfung Psychopharmaka und Psychotherapie.

Auch unter diesem Aspekt wird die Forderung nach einer adäquaten Therapie funktionell-neurotischer Störungen immer deutlicher. (LEHMANN 1968; MITSCHERLICH 1969 a; FELDES 1973; SPÄTE 1973; VESTER 1976; FEIERFEIS, THILO 1980).

6.3. Kuren

Kuren sollen sich sinnvoll in einen Behandlungsprozeß einordnen.

Sie werden gewöhnlich vom Arzt bei der Sozialversicherung beantragt. Eine Kurbehandlung wird jedoch nicht immer vom Arzt vorgeschlagen. Oft sind Patienten selbst, deren Angehörige oder Kollegen der Meinung, daß er einmal durch eine solche Intensivbehandlung stabilisiert werden sollte. Als Arzt gerät man hierbei in eine Zwickmühle. Funktionell-neurotisch Kranke, sowie psychosomatische Leiden sind jedoch durch eine Kur allein nicht oder nur gering beeinflußbar. Vorwiegend neurotisch bedingte Krankheitsbilder gehören nicht in eine Kur, sondern in eine Psychotherapie.(ERBE, HESS 1975; SEEFELDT, SALZ 1981).

FEIERFEIS und THILO (1980) berichten, daß subjektiv ungenügende Kurerfolge vor allen Dingen von Patienten mit psychosomatischen Krankheiten und vegetativen Regulationsstörungen angegeben wurden. Kurze Zeit nach Rückkehr des Patienten aus der Kureinrichtung beginnt der Patient wieder über die gleichen oder ähnliche Beschwerden zu klagen, die zur Kureinweisung geführt hatten.

Das war auch nicht anders zu erwarten. Seine psychosozialen Beziehungen hatten sich während der Kur nicht geändert. Er sieht sich nach der Kur den gleichen Konflikten gegenüber, denen er für kurze Zeit entflohen war. Die Stabilisierung durch umfangreiche Kurmaßnahmen geht unter dem Druck ungelöster Konflikte allzuschnell wieder verloren.

Der Patient seinerseits beharrt auf seinem Recht, eine vom Arbeitskollektiv oder von der Betriebsleitung vorgeschlagene, so attraktive therapeutische Maßnahme wie eine Kur in Anspruch zu nehmen. Nicht immer gewinnt der Arzt diesen durchaus vermeidbaren Zweikampf.

In der allgemeinmedizinischen Praxis stellt sich das Problem folgendermaßen dar: Wenn bei einem Patienten funktionell-neurotische Störungen als solche erkannt wurden, erfolgte die Orientierung des Patienten auf eine psychotherapeutische Behandlung. Selten bestand von seiten des Patienten dafür ein echtes Interesse. Einige Patienten lehnten sogar direkt oder indirekt eine solche Therapie ab. In diesen Fällen wurde dann auch vom behandelnden Arzt eine Kurbehandlung abgelehnt mit dem Ergebnis, daß diese Patienten Kollegen anderer Einrichtungen aufsuchten. Es galt also noch intensiver und vorsichtiger die psychotherapeutische Behandlung als einzig wirksame Therapie vor den Patienten zu vertreten.

Besonders sehr leistungsbetonte, überaktive Menschen erwarten von der ärztlich befürworteten Kur kurzfristig eine intensive Besserung ihrer Leistungen und Beseitigung all ihrer Beschwerden. Sie sehen demzufolge eine länger dauernde Behandlung mit einem für sie unglaublichen therapeutischen Prozeß nicht ein.

Eine generelle Ablehnung von Kuranträgen steht einem praktischen Arzt nicht zu. Deshalb wurde Patienten mit

gesicherten funktionellen und neurotischen Störungen die Kur nach dem Absolvieren eines Kurses zum Erlernen des Autogenen Trainings (AT) in Aussicht gestellt. Diesen etwas erpresserischen Angebot kamen die meisten Patienten nach. Auffallend war, daß einige von diesen Patienten meinten, erst nach dem Erlernen des AT hätte die Kur bei ihnen eine Wirkung gehabt, die sie von vorangegangenen Kuren nicht kannten.

Da die Kuren in die später aufgestellten Übersichten über Arbeitsunfähigkeit mit einfließen, ist es bedenklich, daß die Untersuchungen über Senkung der Arbeitsunfähigkeit nach dem AT durch die Verlagerung der Kuren in die Zeit nach der psychotherapeutischen Behandlung dadurch bewußt negativ beeinflußt würden. Ein Vergleich der Ausfallzeiten durch Kuren vor und nach dem AT ergab, daß sie sich die Waage hielten. (Ausfalltage durch Kuren vor AT 840 Tage,
nach AT 795 Tage)

Ein großer Teil der Ausfalltage durch Kuren nach dem AT wären vermeidbar, wenn die Patienten nicht primär auf eine Kur fixiert worden wären. Dann allerdings ist es auch fraglich, ob sich diese Patienten zu einer AT-Behandlung bereit gefunden hätten, da nach dieser Behandlung das erstrebte Ziel "Kur" stand.

Daß es auch andere Reaktionen gibt, beweist eine Patientin, die informierte erst längere Zeit nach dem AT, daß sie ihren Kurantrag beim Betrieb mit der Begründung, daß es Besseres als Kuren gäbe, zurückgezogen habe.

Bei einer kritischen Einschätzung dieser Zeit der eigenen ärztlichen Tätigkeit in bezug auf das Problem Kuren kann man folgendes resümieren:

Nach der Ära-Euphorie stand das Ziel, eine adäquate Therapie durchzusetzen. Die nicht immer gerechtfertigte Kur

war der Preis für die Annahme des Therapieangebotes. Andererseits konnte die Kur nach einem konflikt-zentrierten Gespräch und Autogenem Training sinnvoller in den Therapieprozeß eingefügt werden. Der Patient hatte die Möglichkeit, das AT zu einem festen Bestandteil seines Tagesprogramms werden zu lassen. Er hatte während der Kur Zeit und Gelegenheit, durch Abstandgewinnung zu seinen Problemen eine andere Einstellung zu gewinnen oder Lösungswege zu durchdenken.

Es wäre zu überlegen, ob man in Kureinrichtungen das AT nicht generell einführen sollte.

Der 1968 auf dem Symposium "Psychologische und psychotherapeutische Probleme im Kur- und Bäderwesen" geschätzte Anteil neurotischer Kurpatienten auf etwa 1/3 halten SEEFELDT und SALZ (1981) nach einer Siebteststudie als zu gering angesetzt. Nach diesen Untersuchungen können bereits in einem Kliniksanatorium für vorwiegend organisch Erkrankte 36,14 % der Männer und 44,85 % der Frauen als zumindest "fraglich neurotisch" angesehen werden. Bei Sanatorien für Patienten mit funktionellen Erkrankungen lag der Prozentsatz weitaus höher. (ERBE, HESS 1975).

Diesem hohen Prozentsatz neurotisch gestörter Patienten entspricht aber keineswegs das Therapieangebot in den Kureinrichtungen, wo fast nur somatomedizinische Therapiemethoden zur Anwendung kommen.

Daß es auch anders geht, nämlich mit einem komplexen Therapieangebot, zeigen u. a. solche Kureinrichtungen wie Belzig, Berggießhübel und das Kliniksanatorium "Heinrich Heine" in Neufahrland. (SEEFELDT, BRAUWEILER 1982).

In der letztgenannten Einrichtung wurde ein gangbares Modell für ein kombiniertes psycho-somatisches Thera-

piekonzept geschaffen. (SEEFELDT, ULLRICH 1980; SALZ, SEEFELDT 1981; SEEFELDT, BRAUMEILER 1981 und 1982).

Da der hohe Anteil funktionell neurotischer Störungen in der Morbiditätsstruktur auch in Kureinrichtungen eine hohe Qualität der medizinischen Leistungen erfordert, bleibt zu hoffen, daß diesen positiven Beispielen weitere Kureinrichtungen mit ihren Therapiekonzeptionen folgen.

7. Die Psychotherapie

Entsprechend den Prager Psychotherapiethesen, die der relativen [illegible] Morbiditätsstruktur Rechnung tragen, gewinnt die Psychotherapie bei der Befriedigung der zunehmenden Bedürfnisse der Bürger nach optimaler gesundheitlicher Betreuung eine wachsende Bedeutung. (HAUSNER et al. 1975). Der Psychotherapie fällt in der Behandlung psychosomatischer Gesundheitsstörungen eine zentrale Rolle zu. Sie schafft das psychologische Klima, das es dem Kranken möglich macht, nach dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe, Veränderungen in seinen Einstellungen und Haltungen zu erlangen. (THOM, WEISE 1980). Es gilt also, die Patienten zu befähigen, ihre Konflikte selbst in die Hände zu nehmen und eigenständig zu lösen. (KRIEGEL 1982). Das heißt, daß es in den kommenden Jahren und Jahrzehnten einen Umdenkungsprozeß bei den Ärzten geben wird, der die Persönlichkeit des Patienten mehr als bisher in den Mittelpunkt der medizinischen Betreuung stellt. Es sind heutzutage Kenntnisse der Grundlagen der Psychotherapie für jeden Mediziner unerläßlich. (BIROTZKA 1969).

Das bedeutet auch, daß die Integration der Psychotherapie in das ärztliche Handeln die Grundlage für eine neue Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehungen ist. Damit werden neuartige Ansprüche an die Qualität der medizinischen Betreuung in einer qualitativ besseren Gestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses befriedigt.

Man kann also aus dem bisher Gesagten schlußfolgern, daß jede Krankheit multifaktoriell bedingt ist, wobei psychische Aspekte mehr und mehr in Betracht gezogen werden müssen. Dem entsprechend sollte einer mehrdimensionalen Diagnostik eine daraus abgeleitete komplexe Therapie folgen.

Welche Form der Therapie vorrangig zur Anwendung gelangt, entscheidet der mehr physische oder psychische Anteil in der Krankheitsgenese.

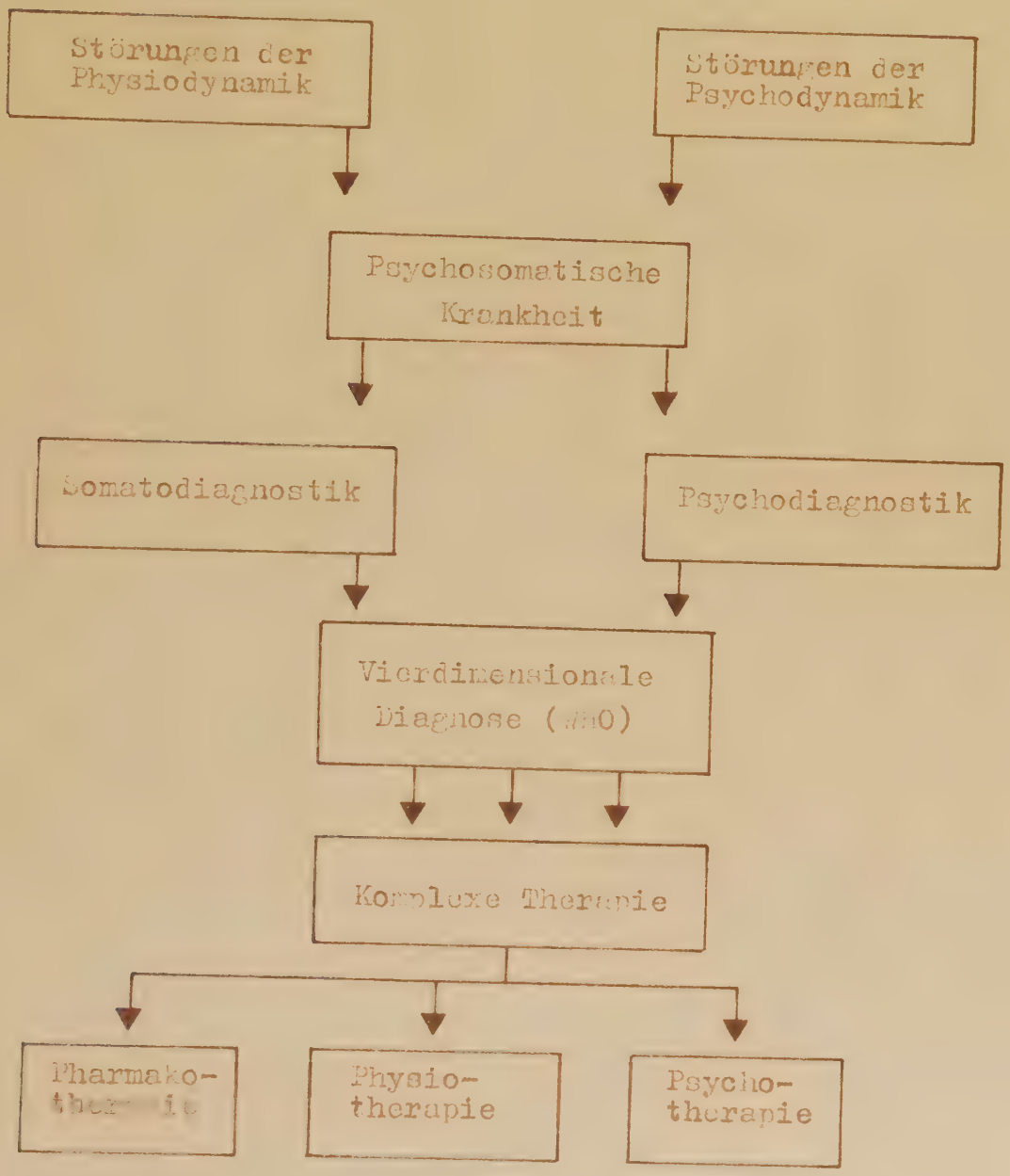


Abb. 9 Genese, Diagnostik und Therapie des psychosomatischen Formenkreises

Schema nach SEIFFELDT (1982)

Grundlage jeder Therapie ist eine gewissenhafte Diagnostik. Bei der psychosomatischen Erkrankung muß die Somatodiagnostik durch die Psychodiagnostik ergänzt werden. Das Kernstück der Psychodiagnostik ist die psychosomatische Anamnese. (BRÄUTIGAM 1975).

Die folgende Strategie hat sich bei der Erhebung dieser Anamnese bewährt:

1. Die Erfassung der körperlichen Symptome
2. Das Eruieren des genauen Zeitpunkts des Beschwerdebeginns
   Die körperliche Untersuchung
3. Die Klärung des zeitlichen Zusammenhangs zwischen dem Beginn eines körperlichen Symptoms mit einer biographisch faßbaren, lebenswichtigen Veränderung
4. Die lebensgeschichtliche Rückblende in die Kindheit, Jugend und Reifezeit, einschließlich der Beziehungen zu den Eltern, der Entwicklung von Beruf und Sexualität usw.
5. Der Überblick über die Gesamtpersönlichkeit mit ihrem Verhalten und seelischem Erleben in Konfliktsituationen.

BRÄUTIGAM (1975) betont, daß dieses systematische Vorgehen in der Erhebung der psychosomatischen Anamnese nur als Grundlinie - keinesfalls jedoch als starre Methode zu handhaben ist. Der Patient sollte in seiner Spontaneität und freien Mitteilung nicht eingeengt werden.

Aus der Psychodiagnostik und der Somatodiagnostik resultiert die mehrdimensionale Diagnose. Ihre vier Säulen beinhalten

1. die Symptomatik
2. die Persönlichkeitsstruktur
3. die psychische und soziale Konstellation und
4. die somatische Disposition.

In der Fachpsychotherapie käme ein fünftes Strukturelement für die Pathogenese hinzu.

Obwohl bei Annahme einer psychischen Erkrankung in jedem Falle eine Organkrankheit ausgeschlossen werden muß, spricht für das Vorliegen einer neurotischen Fehlleistung des Nervensystems nicht allein der Ausschluß einer solchen Veränderung. (MITSCHER 1965). Andererseits schließt der Nachweis einer organischen Veränderung das Vorliegen einer Neurose nicht aus. Unabhängig davon muß ein positiver Neurosennachweis erfolgen. Dies kann in dem Nachweis bestehen, daß die Symptomatik überzufällig mit einer mißlungenen Erlebnisverarbeitung sowohl zeitlich als auch spezifisch zusammenhängt. Der positive Neurosennachweis kann testpsychologisch unterstützt werden. (WENDT 1973).

Für die diagnostische Erfassung neurotischer Störungen bringen die als Siebtests entwickelten Fragebögen, der Beschwerdefragebogen (BF.) und der Verhaltensfragebogen (VFB) von [illegible] und [illegible] (1971, 1971) eine wesentliche Erleichterung. (KÖNIG 1973).

Aus der Vielzahl von testpsychologischen Untersuchungsverfahren stellen sie auch für den Allgemeinmediziner ein brauchbares Instrument zur diagnostischen Klärung neurotischer Störungen dar. Bei der Anwendung beider Testbögen besteht nach KITTLAUS (1980) eine große diagnostische Sicherheit bei der Beurteilung des Kranken.

Die Diagnose einer neurotischen Fehlleistung läßt sich jedoch nur durch das Gespräch mit dem Patienten stellen. Siebtests ermöglichen lediglich eine Vorauswahl und besitzen dabei Hinweischarakter. (WENDT 1982).

Ist aus der Synthese von Somatodiagnostik und Psychodiagnostik die psychosomatische Diagnose gestellt, bildet diese die Grundlage für das therapeutische Vorgehen.

Die Behandlung psychosomatischer Krankheiten erfolgt für gewöhnlich zweigleisig. Zu Beginn wird immer die somatische Therapie im Vordergrund stehen.

Für den psychosomatisch Kranken bieten sich nach ALEXANDER (zit. in SCHEELE 1967) vier prinzipielle therapeutische Zugänge

1. Verbale Therapie durch neokortikale Umgruppierung = das ärztliche Gespräch
2. Bewußte Kontrolle des vegetativen Nervensystems der inneren Organe = z. B. das Autogene Training
3. Einflußnahme auf das limbische System durch Abflußanregung fehlender Aktivitäten und Hemmungen über vegetative Abzweigungen in den animalischen Bereich = die verschiedensten physiotherapeutischen Verfahren der körperlichen Konditionierung
4. Ausschaltung der störenden Einflüsse von seiten des Neokortex (Synapsentherapie) = die Psychopharmakotherapie.

Psychotherapie ist die Möglichkeit, psychische Leiden mit psychischen Mitteln, meist verbal aber auch averbal zu beeinflussen. (FISCH, KÖNIG 1976; STROTZKA 1970).

Ohne die spezifische Wirksamkeit einer Methode in Frage stellen zu wollen, stellt jede Therapie durch die "große Arzt" (BALINT 1966) eine psychische Beeinflussung des Patienten dar. Es muß also nicht jeder Therapieerfolg unbedingt ein Nachweis des Effekts dieser Behandlungsmethode sein.

Psychotherapie ist ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen. (BIFF et al. 1967; STROTZKA 1970). Viele pathologische Veränderungen

können durch Medikamente allein nicht beseitigt werden. Auf der Suche nach neuen Strategien und Behandlungsverfahren gelang es, psychotherapeutische Verfahren effektiv z. B. in der Behandlung der essentiellen Hypertonie einzusetzen. Das psychotherapeutische die angemessene Therapie der essentiellen Hypertonie ist (EIFF 1967; EIFF et al. 1967; KATZENSTEIN et al. 1967), beweisen Therapieergebnisse an Hypertonikern, die ohne Medikamente, lediglich mit psychotherapeutischen Mitteln in Form von Entspannungsverfahren behandelt wurden. 50 % dieser Patienten lebten 6 Monate nach dieser Therapie unter normalen Blutdruckverhältnissen. (KATZENSTEIN, KRIEGEL 1971). KRIEGEL et al. (1978) berichteten über eine entspannungskombination zur Beeinflussung jugendlicher Hypertoniker, deren Blutdruck bei der Nachuntersuchung ein Jahr nach der Therapie ein wesentlich stabileres Druckverhalten gegenüber unbehandelten Patienten aufwies.

Auch bei primär organischen Krankheiten wird selbstverständlich die Somatotherapie dominieren. Zur Unterstützung des Patienten hilft Psychotherapie hier, Leiden erträglicher zu gestalten. (STOKVIS 1961). Sie verbessert das therapeutische Milieu. Sicher reicht dabei eine psychotherapeutische Minimalbeziehung aus. (KATZENSTEIN 1975).

Allerdings gewinnt Psychotherapie dann an Bedeutung, wenn die primär organische Krankheit zu einer sekundären Ausdruckserkrankung wird. (STOKVIS 1961; STROTZKA 1978). Somatische Behandlungsverfahren haben sich dann als wirkungslos erwiesen oder haben lediglich einen rein suggestiven Effekt ähnlich dem Plazeboeffekt. Eigene Erfahrungen decken sich hier mit den Literaturangaben.

Bei der Behandlung psychosomatischer Krankheiten stellt die Psychotherapie gleichwertig mit den Maßnahmen der

Somatotherapie eine erfolgreiche Behandlungsform dar. Dabei besitzt Psychotherapie in starkem Maße interdisziplinären Charakter und ist somit in jedes Fachgebiet integriert. (Prager Thesen in HAUSNER et al. 1975; EICHHORN 1976; LEDER 1980)

Als Psychotherapie kommen neben analytisch orientierten Verfahren bis zur Psychoanalyse, sowie verhaltenstherapeutischen Methoden auch Hypnose und AT in Frage. (STROTZKA 1978).

Jede psychosomatische Therapie ist jedoch aussichtslos, wenn das Behandlungsteam nicht echt kooperiert. Die Kooperation von Somato-Medizinern und Psychotherapeuten dient der gegenseitigen Bereicherung mit dem Ziel einer optimalen Betreuung des Patienten. (STROTZKA 1978; FEINNIS, THILO 1980).

In der allgemeinmedizinischen Praxis ist eine derartige Kooperation in einzigartiger Weise gegeben.

Psychotherapie spielt sich nicht losgelöst von der Gesellschaft ab, sondern sie ist auf vielfältige Weise mit ihr dialektisch verbunden. (VIANU in HAUSNER et al. 1975; THOM, WEISE 1980). Sie ist die einzige wirksame Therapie für funktionelle und neurotische Störungen, die auf der Basis einer gestörten Mensch-Umwelt-Relation entstanden ist.

Bei der Indikation zur Psychotherapie sind nach HÖCK und KÖNIG (1976) einige Voraussetzungen zu berücksichtigen. Dazu zählen

1. Voraussetzungen, die in der Art der Krankheit begründet sind,
2. Voraussetzungen von seiten des Patienten und
3. von seiten des Therapeuten,
4. sowie institutionelle Bedingungen.

Faktoren zur Indikation für ein symptom- oder persönlichkeitszentriertes Vorgehen sind in unterschiedlicher Wertigkeit folgende:

Symptomatik, Neurosenform, Chronizität, Leidensdruck, Ersatzbereitschaft, Lebenssituation, Alter, Lebensbewältigung, auslösende Situation, Lebensumstände, Intelligenz.

Psychotherapie ist im Leben des Individuums ein einschneidendes Ereignis, genau wie das Ereignis, das zur Neurose geführt hat. VIANU bezeichnet es als "Gegenereignis". (VIANU in HAUSNER et al. 1975).

Das Ziel der Psychotherapie sollte nach Möglichkeit mit dem Patienten gemeinsam erarbeitet sein. Es besteht in einer Symptombeseitigung oder -minimierung und/oder der Strukturänderung der Persönlichkeit. (STOKVIS 1961; STROTZKA 1978). Diese beiden Ziele entsprechen der symptomzentrierten Therapie der ersten Stufe und der persönlichkeitszentrierten Therapie der zweiten Stufe nach HÖCK. (HÖCK, KÖNIG 1976; HÖCK et al. 1981).

Für den größten Teil der psychotherapiebedürftigen Patienten ist eine symptomzentrierte Psychotherapie ausreichend. Das bestätigen HÖCK und KÖNIG (1976), die den Anteil von leichten funktionell neurotischen Störungen auf über 2/3 der psychotherapiebedürftigen Patienten schätzen. Es geht dabei um die direkte Beeinflussung der Symptomatik durch beratende, suggestive und übende Methoden. Dagegen gilt es bei neurotischen Entwicklungen persönlichkeitszentriert zu helfen, Fehlhaltungen, falsche Erwartungen, Vorstellungen und Einstellungen abzubauen und zu verändern. (HÖCK et al. 1981).

7.1. Wesentliche Methoden der Psychotherapie

Die einfachste Form des Kontaktes zwischen dem Patienten und dem Therapeuten ist das Gespräch.

Trotz aller Erfolge der naturwissenschaftlichen Medizin, der Verbesserung labortechnischer und apparativer Diagnostik sowie der Vervollkommnung operativer und pharmakotherapeutischer Behandlungsmethoden steht das Gespräch im Mittelpunkt jeder Arzt-Patient-Begegnung. (BRANDLMEIER; KRÜSI 1968; SCHIFFNER 1971; SZEWCZYK 1973; BALINT 1980). Es ist die Grundlage jeder verbalen Kommunikation. So findet es in Aussprachen, Beratungen und Anweisungen, in Psychagogik und Aufklärung nicht nur im Rahmen der Psychotherapie Anwendung.

Die erste Begegnung des Arztes mit dem Patienten ist entscheidend für den Verlauf der Behandlung. Sie bietet die besten Voraussetzungen für eine wirklichkeitsnahe Einschätzung der Anamnese und Diagnostik. (MENNINGER 1968; BALINT 1980). Bereits im Beginn des Gesprächs wird die Grundlage für eine spätere tragfähige emotionale Bindung in der Therapie gelegt. (STROTZKA 1969, 1978; BRÄUTIGAM 1978; WENDT 1980).

Sich aussprechen zu dürfen und angehört zu werden, sind Grundformen menschlicher Wechselbeziehungen. In einer solchen Wechselbeziehung zwischen Arzt und Patient spielt sich die Psychotherapie ab. (MENNINGER 1968).

STOLVIS (1961) weist darauf hin, daß weniger die verwendete Psychotherapie-Methode, als vielmehr die Persönlichkeit des Therapeuten für den Heilungseffekt wichtig ist.

Aus der Erkenntnis heraus, daß der Gesprächsverlauf entscheidend durch das Verhalten des Therapeuten beeinflußt wird, formulierte ROGERS (1942) drei Therapeutenvariablen.

Von [illegible] (1961) bearbeitet und von [illegible] weitergeführt, sind diese in der Lage, eine konstruktive Patientenveränderung zu induzieren. Es handelt sich dabei um die

1. Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte,
2. die Fähigkeit, eine warme, wertschätzende und akzeptierende Atmosphäre zu schaffen und
3. die Eigenschaft des Therapeuten, sich natürlich, echt und spontan zu geben.

Therapeuten, die diese Kernvariablen in hohem Maße verwirklichen, konnten nachgewiesenermaßen die Selbstexploration des Patienten verbessern. Die Realisierung der Kernvariablen im Gespräch führten zu einer Verminderung von Erlebens- und Verhaltensstörungen sowie zur Symptomreduzierung. ([illegible] 1961; KATZENSTEIN et al. 1961).

Nicht immer realisiert die Realisierung der Therapeutenvariablen. Besonders im Beginn einer psychotherapeutischen Tätigkeit ist es für den Therapeuten schwer, sich im Erteilen von Ratschlägen zurückzuhalten, um die persönliche Entfaltung des Patienten nicht einzuengen oder ärztlich zu manipulieren. Andererseits ist die Verführung des Arztes groß, die Rolle des Allwissenden zu spielen, wenn Menschen in Not nach einer entlastenden Autorität suchen. (BOCHNIK 1971; BALINT 1960).

BINDER (1966) beschreibt den Arzt, der Interesse an der Psychotherapie hat, folgendermaßen: Er muß kontaktfähig sein, aufrichtig, möglichst neutral, ohne Affekte. Er muß zuhören und abwarten können. In diesem Zusammenhang können [illegible] (1971) zehn Grundregeln der Gesprächsführung eine Hilfe für den psychotherapeutisch noch unerfahrenen Arzt sein.

GEYER lehnt sich in seinen Bemühungen um das Basisverhalten in der allgemeinärztlichen Praxis an Elemente der Gesprächstherapie an. Basisverhalten ist erlernbar. Dabei bietet das [illegible] noch Gelegenheit eine brauchbare Hilfe.

Der psychisch Kranke kommt meist als scheinbar Organkranker. Er bietet im Gespräch ein Organsymptom an und erwartet eine Organdiagnose. Gerade diese entscheidet über das Schicksal des Patienten. (BALINT 1965; STROTZKA 1969; [illegible] 1973; [illegible] 1973; BALINT 1980).

Das Gespräch dient diagnostischen und therapeutischen Zielen.

7.1.1. Das diagnostische Gespräch

Das diagnostische Gespräch ist eine Sammlung von Daten, Fakten und Informationen. Es dient der Erforschung der Lebens- und Krankheitsanamnese. Dazu gehören die Krankheitsvorgeschichte, sowie die körperliche, psychische und soziale Entwicklung. Im Lebenslauf interessieren die Kindheit, die Eltern und die Beziehungen zu ihnen sowie die schulische und berufliche Entwicklung. Von aktueller Wichtigkeit sind Angaben über Ehe, Partnerschaft und Sexualität sowie über familiäre und sozialethische Konflikte. (STROTZKA 1969; KRAPF 1972; SZEWCZYK 1973; WILD 1973; HECHT, POPPEI 1977; KATZENSTEIN 1978 a; LITSCHKO 1978).

Die Trennung objektiver Umstände von subjektiven Erlebnissen ist oft schwierig. Die subjektive Widerspiegelung der Arbeits- und Lebenssituation läßt indirekte Schlußfolgerungen über die reale Lebenssituation zu. Das trifft sowohl für den privaten als auch den gesellschaftlichen Bereich sowie für das Verhalten des Patienten im zwischenmenschlichen Bereich zu. (KATZENSTEIN et al. 1976; KATZENSTEIN 1978 a; KOPSKE 1980).

Im konfliktzentrierten Gespräch steht das aktuelle Problem des Patienten im Mittelpunkt. Dieses Gespräch wirkt an sich bereits emotional entlastend. (KRAPF 1972).

Deshalb sind am Anfang Diagnostik und Therapie im Gespräch nur schwer voneinander zu trennen.

Von besonderer Bedeutung im konfliktzentrierten Gespräch ist die Konfliktvorgeschichte und deren zeitlicher Zusammenhang mit dem Beginn körperlicher und psychischer Beschwerden. ([illegible] 19[illegible]; [illegible] 1973; [illegible], [illegible] 1975; [illegible] 197[illegible]). Deshalb fehlt die Frage nach Sorgen, Befürchtungen, Ängsten, Wünschen und Belastungen im Beruf oder im privaten Bereich des Lebens vor dem Auftreten der Beschwerden in keinem psychodiagnostischen Gespräch. ([illegible] 19[illegible]; [illegible] 1978).

Die Schilderung der typischen Situation, die Art der Beschwerden und das Verhalten der Beschwerden in den subjektiv wahrgenommenen Belastungssituationen lassen Rückschlüsse auf das typische Verhalten des Patienten in seiner Persönlichkeitsstruktur zu. ([illegible] et al. 1967; [illegible] 1978 [illegible]; [illegible], [illegible] 1973; [illegible] 1973). Seine psychischen und körperlichen Beschwerden im ganz bestimmten, für ihn individuell belastend empfundenen Situationen geben Hinweise auf individuell schwache Stellen der Mensch-Umwelt-Beziehungen. (KATZENSTEIN et al. 1967; SZEWCZYK 1973).

Nach Ansicht von LEONHARD (1968), könnte man viele Neurosen verhindern, wenn schon in der ersten Untersuchung Klarheit über die funktionelle Natur der Beschwerden bestehen würde. Auch KRAPF (1972) ist der Ansicht, daß bereits das erste Gespräch psychotherapeutisch wirken kann. Erst durch eine unangemessene Behandlung werden erlebnisbedingte Störungen, die an sich leicht zu beheben wären, zu Krankheitskarrieren. (KÖHLE, KÖHLE 1980).

Ein verstehendes Akzeptieren des Patienten mit seiner Persönlichkeit, in all seinen Konflikten und in der derzeitigen sozialen Situation sowie ein verständnisvolles Eingehen auf derzeitige Sorgen und Ängste reichen neben der Vermittlung sachbezogener, fehlender Informationen oftmals aus, den Patienten einen Weg aus seinen Ängsten finden zu lassen. KATZENSTEIN sieht darin die psychothe-

rapeutische Minimalbeziehung. (KATZENSTEIN 1975).

Oft gelingt es im psychodiagnostischen Gespräch, dem Patienten die Einsicht zu vermitteln, daß seine psychonervalen Beschwerden mit psychischen Fehleinstellungen zusammenhängen oder als Folge chronisch ungelöster beruflicher oder persönlicher Konflikte anzusehen sind. (BINDER 1966; BÖTTCHER, ORSCHEKOWSKI 1973). Dabei hat der mündige Patient ein Recht auf Aufklärung. (FEIER-[illegible], [illegible] 1980). [illegible] (1969) sieht in der Aufklärung oft eine Art "Lebensmittel".

Nicht nur verbale Äußerungen des Patienten, sondern auch die Art und Weise, wie sie vorgetragen werden, von welcher Mimik und Gestik sie begleitet werden und welche Dinge nur zögernd, stockend oder mit offener, emotionaler Bewegung ausgesprochen werden können, ist für die Psychodiagnostik wertvoll. (SZEWSZYK 1973; FEIEREIS, THILO 1980).

7.1.2. Das psychotherapeutische Gespräch

Das psychotherapeutische Gespräch dient der Stabilisation der Persönlichkeit des Patienten, um eine weitere Regression zu verhindern. (STROTZKA 1978). Bei der psychogenen Reaktion, die häufig den Patienten veranlaßt, den behandelnden Arzt aufzusuchen, kommt dem Gespräch eine besondere Bedeutung zu. Nach STROTZKA (1978) verhindert ein kognitives und besonders auch emotionelles Verstehen der Resonanz auf ein stressendes Ereignis die weitere Regression des Patienten. Die Verdeutlichung der Gefahrlosigkeit und der guten Prognose im Gespräch führt in diesem Sinne zu einer emotionalen Befriedigung. Sedierence Pharmaka finden nur in Ausnahmen, jedoch mit Hinweis auf die Überbrückungsrolle der Medikamente bis zum spontanen Abklingen der Symptomatik, Anwendung.

Eine neue Einstellung zur Konfliktsituation, die Erprobung einer ungewohnten Lebenstechnik im beruflichen und familiären Bereich sind Schritte zur Gesundung, die der Patient erst im Gespräch erarbeitet. Dem Patienten werden Möglichkeiten zum Erwerb von Fähigkeiten zur Lösung erkannter Konflikte angeboten. (DÜTTCHER, OKSCHEKOWSKI 1973).

Die Befreiung von der erdrückenden Last angestauter emotionaler Spannungen durch Sorgen, Konflikte und Ängste bedeutet eine psychische Reinigung in Form der Katharsis (SOCARIDES 1961) und führt dadurch oft bereits zu Spontanheilungen. So meint J. H. SCHULTZ (zit. in SCHWIDETZKY 1973), daß bei 50 % der Patienten mit unbewältigter Konfliktsituation das ein- oder mehrmalige Gespräch in Form einer psychischen Führung ausreiche. Auch SCHWIDETZKY (1973) ist der Ansicht, daß Psychotherapie oft in Form einer optimalen Zweierbeziehung besteht.

Einige wesentliche Therapieformen, wie z. B. die Hypnose und z. T. auch das Autogene Training beruhen ebenfalls auf der Wirkung des Wortes. (QUANDT 1973). Allerdings sind der Psychotherapie in Form der Gespräche allein Grenzen gesetzt. Wenn es im Gespräch nicht gelingt, eine psychische Umstellung oder Umerziehung zu erreichen, wird der Einsatz anderer psychotherapeutischer Methoden notwendig. (BECK 1974).

Die im Gespräch wirken selbstverständlich auch bei anderen therapeutischen Verfahren: Übertragung und Gegenübertragung, Reaktion und Abreaktion, Suggestion, Formen der nonverbalen Kommunikation usw. Die sind nach LAUX (1974) mit einer Vielzahl von Variablen des Patienten und des Therapeuten, ihrer Beziehung zu, des Kommunikations- und Interaktionsprozesses, des Behandlungskontextes und ihrer Interaktion verbunden.

7.2. Psychotherapiemethoden

Es ist für den Nichtfacharzt schwer, das ganze Arsenal von psychotherapeutischen Möglichkeiten zu überblicken und zu ordnen. Mit einem Schema nach BAROLIN soll versucht werden, hier einen Überblick zu schaffen.

Dabei unterscheidet er Psychotherapieverfahren auf der Basis der verbalen Kommunikation und der Soziodynamik von Verfahren, die sich mehr mit der Darstellung auf der Symbolebene sowie hypnoiden Verfahren und Psychotherapie in Form von Üben und Lernen bewegen.

(Übertragung, Gegenübertragung, Abreaktion, Suggestion, etc.)

Abb. 8 Psychotherapiemethoden
Schema nach BAROLIN (1982)

STOKVIS (1961) versucht eine Unterteilung der Psychotherapie-Methoden in individuelle und gruppenpsychotherapeutische Methoden. Er ordnet weiter nach nicht aufdeckenden und aufdeckenden Methoden. Auch bei dieser Form der Einteilung sind die Verflechtungen und Überschneidungen mannigfaltig, so daß die Methodengruppen nicht streng abgrenzbar sind.

Auf die Möglichkeit der Methodenkombination machen DI POL und HAUSCHILD (1978) aufmerksam und fordern diese sogar im Rahmen eines umfassenden Therapieplanes. Allerdings sollte die Kombination auf jeden Fall kritisch erfolgen. (KATZENSTEIN 1978 b; SCHRAD 1978, 1979). KLUMBIES (1975) weist auf die signifikante Erhöhung der Erfolgsquote neben der Reduzierung vorzeitiger Behandlungsabbrüche durch Kombination von zwei oder mehr psychotherapeutischen Methoden hin. Er behält sie allerdings schwierigen Fällen vor. So stellt sich die Frage nach der Kombinationstherapie eher in der klinischen, als in der ambulanten Behandlung.

Erfolge der Psychotherapie werden weniger von der angewandten Methode und ihren Modifikationen als von den Therapievariablen Empathie, Erfahrung und Ausbildung bestimmt. (KATZENSTEIN 1975).

Für den Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung ist die Bereitschaft des Patienten, seine Motivation zur Behandlung sowie seine Mitarbeit von entscheidender Bedeutung. (WENDT 1973; HÖCK, KÖNIG 1976; STROTZKA 1972, 1978; JULI, ENGELBRECHT-GREVE 1980). Diese hängt jedoch unmittelbar vom Leidensdruck des Patienten ab. (WENDT 1973; BECK 1974).

Nach HÖCK und KÖNIG (1976) wird eine psychotherapeutische Behandlung nicht verordnet, sondern vereinbart.

Liegt der emotionale Krankheitsgewinn (Machtgewinn durch die Krankheit, Mitleid und Zuwendung der Angehö-

rigen, Abwehr einer größeren Angst, erträglichere Lebenslage durch die Krankheit usw.) über dem Leidensdruck, ist eine Psychotherapie kaum erfolgreich. (WENDT 1973). Ebenso ungünstig für die Psychotherapie erweisen sich Behandlungswünsche mit passiv-regressiven Versorgungstendenzen und Hingabesehnsüchten. (BECK 1974).

ERNST (zit. in STROTZKA 1969, 1978) stellte eine Prognoseregel für den Therapieerfolg bei Neurosen auf: Sowohl die Syndrom- als auch die Persönlichkeitsprognose für eine unbehandelte Neurose ist umso günstiger,

1. je gesünder bzw. lebenstüchtiger und begabter die prämorbide Persönlichkeit ist,
2. je akuter der Krankheitsausbruch und
3. je verstimmter und emotional aufgewühlter das Zustandsbild ist.

Dabei erweist es sich für die soziale Prognose als sehr günstig, wenn die Orientierung an der Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erfolgt. (STROTZKA 1969; BECK 1974). Vor Beginn der Psychotherapie ist deshalb die Klärung der Frage notwendig, was der Patient zur Behandlung seiner als psychogen erkannten Beschwerden beitragen kann und will. (Krankheitseinsicht, Erwartungen, Erfüllung von Aufgaben, die sich aus der Therapie ergeben.) (BECK 1974; HÖCK, KÖNIG 1976).

Psychotherapie kann als Einzel- und Gruppentherapie erfolgen, wobei der Gruppentherapie aus vielerlei Gründen der Vorzug zu geben ist. Ein wesentlicher Vorteil der Gruppenbehandlung besteht in der Ökonomie der Zeit.

Gewöhnlich werden Gruppen im Hinblick auf Geschlecht, Alter und bestimmte Persönlichkeitsmerkmale heterogen aufgebaut. Diese Gruppenzusammensetzung entspricht weitgehend natürlichen, sozialen Voraussetzungen. Erfahrungen aus dem Gruppengeschehen lassen sich später leichter im interpersonellen Bereich außerhalb der Gruppe anwenden. (TRAUTMANN 1979).

Die Behandlung psychischer Störungen kann kein Werk von "Spezialisten" sein. Hier hat der Facharzt für Allgemeinmedizin an der Basis seine Aufgaben. (BINDER 1966; SCHIFFER 1971; WALLNÖFER 1971; BECKMANN 1972; STROTZKA 1972; KÖNIG, KÖLLE 1980). Psychische Störungen beeinträchtigen das Wohlbefinden nicht weniger als organische Krankheiten. Es geht in der ambulanten Praxis weniger um die Erhöhung der Quantität der Konsultationen, als um eine Erhöhung der Qualität der Arbeit mit dem Patienten in der Grundbetreuung. (KÖNIG 1981). Daß Neurosen und psychosomatische Krankheiten in den Bereich des praktischen Arztes gehören, vertreten auch STROTZKA (1969), BECKMANN (1972), KRAPF (1972), THOM und WEISE (1973).

Im Facharzt für Allgemeinmedizin ist eine Koordination und Interpretation aller Ergebnisse von Facharztuntersuchungen möglich. Die uneingeschränkte Überweisung zu Fachärzten anderer Fachrichtungen sowie die ständige Weiterbetreuung durch die jeweiligen Spezialisten ist nicht nur unnötig, sondern trägt in hohen Maße zur Iatrogenisierung und Chronifizierung typischer Leiden bei. (THOM, WEISE 1973; BALINT 1980).

BALINT und BALINT (1969) zitieren GEIGER, der auf die Notwendigkeit des Eingehens der Psychologie in die wissenschaftliche Allgemeinmedizin aufmerksam machte und verlangen ihrerseits eine Psychotherapie des Alltags durch den Allgemeinmediziner. Darunter ist die kleine Psychotherapie zu verstehen, die sich nicht mit der Psychotherapie der Psychiater im fachärztlichen Sinne vergleichen kann.

In der ambulanten allgemeinmedizinischen Praxis erfolgt die Therapie der ersten Stufe als symptomzentrierte Therapie. (HOCK, KÖNIG 1976). Als Grundziele der Psychotherapie kann man zusammenfassen:

- Symptombeseitigung oder -minimierung
- Konfliktlösung
- Persönlichkeitsveränderung

Der Psychotherapiebedarf ist in den letzten Jahren und Jahrzehnten enorm gestiegen (STROTZKA 1978), besonders nach leicht erlernbaren, kurzfristig effektiv werdenden Methoden, die kaum iatrogene Schäden setzen können und eine große Indikationsbreite haben. Dabei hat sich vor allem das Autogene Training bewährt.

7.3. Autogenes Training (AT)

Es handelt sich dabei um eine von J. H. SCHULTZ (1960) entwickelte Technik zur körperlichen und nervlichen Entspannung. Aus Beobachtungen bei Hypnose und Yoga entstanden, ist das AT eine Methode der konzentrativen Entspannung, deren psycho-physische Umschaltung der Streßreaktion entgegengesetzt gerichtet ist. Da ein Streßreiz den Organismus nicht nur an einer lokalisierten Stelle trifft und dort oder an einem anderen Erfolgsorgan seine Schäden setzt, ist das AT in seiner, den ganzen Körper erfassenden Entspannung eine ideale Möglichkeit, streßinduzierte Spannungen abzubauen. (KÖNIG 1973; KÖNIG et al. 1977, 1979).

In der ambulanten Sprechstunde, wie im stationären Bereich, wird jeder Arzt mit einer Vielzahl von Patienten mit funktionellen und neurotischen Störungen konfrontiert, denen er sich nicht durch Überweisung an einen Facharzt entziehen kann. Die Behandlung derartiger Störungen fällt in das unmittelbare Aufgabengebiet jedes Arztes. (SCHELLER, RICHTER 1976).

Bei der psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen der Betreuung durch einen in der Psychotherapie nicht speziell ausgebildeten Arzt, wie dem Facharzt für Allgemein-

medizin, nimmt das AT zur Zeit eine hervorragende Stellung ein. (KRAPF 1972; KÖNIG 1973). Im Vergleich zu anderen psychotherapeutischen Verfahren und Methoden ist das AT relativ leicht zu erlernen. Es ist nicht an aversative Vorbedingungen geknüpft, wie z. B. die Regulative Musiktherapie, verlangt aber vom Patienten eine aktive Mitarbeit. (LUTKOWSKA 1967; KÖNIG 1973, SCHWABE 1979, KÖNIG et al. 1977, 1979).

Insgesamt ist das Autogene Training die erfolgreichste und weitverbreitetste Entspannungsmethode unseres Jahrhundert. (BÖHM et al. 1970; KRAPF 1977; ODERICH 1978; SCHULTZ 1960; SEIFERT 1981). Auf Grund seiner breiten Anwendung ist es die Behandlungsmethode mit den meisten Therapieerfolgen. Allerdings gehört das AT auch zu den Verfahren mit den häufigsten vorzeitigen Therapieabbrüchen. (VOGLER et al. 1982). KLUMBIES (1980) gibt sie mit ca. 30 % an. Jedoch scheint die Abbruchquote geringer zu sein, wenn Arzt und Therapeut in einer Person den Patienten betreuen, wie das in der allgemeinmedizinischen Praxis der Fall ist. (SCHEMRER, RICHTER 1976).

Das AT kann nicht nur in liegender und sitzender Haltung, sondern in jeder Körperstellung durchgeführt werden. Das gilt besonders für Behinderte, für Patienten in Gipslagerungen nach Unfall oder Operationen.

Die Kombination des AT mit anderen Therapieverfahren ist möglich. (SCHULTZ 1976). Sie müßte jedoch bewußt und kritisch erfolgen. (LUTKOWSKA, RAUSCHELD 1978; KATZENSTEIN 1978 b; SCHWABE 1979; WILDA-KLEIN 1981). Kombinationen sollen immer im Sinne einer Verbesserung der Effektivität psychotherapeutischen Handelns eingesetzt werden und dürfen sich nicht gegenseitig behindern oder ausschließen. (LUTKOWSKA, RAUSCHELD 1978; KATZENSTEIN 1978 b; SCHWABE 1979).

Über eine statistisch signifikante Erhöhung der Erfolgsquote und die Verringerung der Zahl der vorzeitigen Behandlungsabbrüche durch den Einsatz von zwei oder mehr Psychotherapiemethoden berichtet KLUMBIES (1980).

Ein großer Vorteil des Autogenen Trainings liegt in der Zeitfrage, sowohl in der Vermittlung, als auch im täglichen Training. (BINDER 1966; KNAPP 1972).

Die Vermittlung des AT kann in Einzel- oder Gruppentherapie erfolgen. Bei der Gruppentherapie haben sich offene und geschlossene Gruppen bewährt. (BINDER 1966; HÖCK, KÖNIG 1976). Alle positiven Wirkungen der Gruppe, wie z. B. die Verstärkerwirkung der Suggestivität (KNAPP 1977; SEEFELDT 1980; HÖCK et al. 1981) sowie Vergleiche und Erfahrungsaustausche mit anderen Gruppenmitgliedern zwecks [illegible] (BINDER 1966).

Im Gruppenverlauf kommen sich die Gruppenmitglieder durch Gespräche näher. (BINDER 1966). Dieser Effekt ist in geschlossenen Gruppen größer. Die Patienten erleben, in ihrem Leiden nicht allein zu sein. Sie unterstützen sich gegenseitig durch Ratschläge und praktische Hilfe. Auf diese Weise entsteht eine therapeutische Gemeinschaft, die verbunden ist durch die Ähnlichkeit, auf Probleme zu reagieren und durch das gemeinsame Ziel, mit diesen Problemen und ihren Folgen fertig zu werden. (BINDER 1966). Damit ist die Gruppe für die psychisch Kranken eine Möglichkeit, den Weg aus der sozialen Isolierung zu finden.

7.3.1. Indikationen und Kontraindikationen

Relativ gefahrlos in Anwendung und Vermittlung, zeitökonomisch und mit seiner großen Indikationsbreite nimmt das AT einen entscheidenden Platz als psychotherapeutisches Verfahren in der Allgemeinmedizin ein. (SCHEURER, RICHTER 1976; HÖCK, KÖNIG 1976).

Wenn auch vegetative und psychosomatische Symptome der Hauptindikationsbereich für das AT ist, tut es, unabhängig von einer pathologischen Ausgangssituation, jedem Menschen gut. (STROTZKA 1969). So findet es außer in der Psychotherapie auch Anwendung in der Psychohygiene, der Psychoprophylaxe und zur Psychokorrektur. Seine Indikationsbreite ist groß. Sie umfaßt allgemeine Störungen wie leichte Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Störungen des Schlaf-Wachrhythmus, Nahrungs-, Genußmittel- und Medikamentenmißbrauch, Lampenfieber usw. Zusätzlich zählt KLNSEN (1976) nicht weniger als 73 klinische Symptome und Syndrome von A - Z auf, für die sich das Autogene Training als Behandlungsform bewährt hat.

Für die einfachen funktionell-neurotischen Störungen mit vegetativer oder psychosomatischer Symptomatik bei [illegible] das Autogene Training die optimalste Behandlungsmethode. Hier erreicht der Patient oft eine völlige Beschwerdefreiheit. (STROTZKA [illegible] 1973).

Aber auch bei der ambulanten Behandlung chronifizierter Neurosen hat sich neben konfliktzentrierten Gesprächen das Autogene Training bewährt. (MMAZ 1978). Hier bewirkt es durch Reduktion von Spannungen oft erst eine Therapiefähigkeit für eine gezielte Therapie neurotischer Entwicklungen. (SCHEURER 1978, 1980).

Für den Einsatz des AT bestehen praktisch kaum Kontraindikationen. (LUHM et al. 1970). Allerdings sollte die Ein-

weisung in das AT in Hinblick auf das Auftreten paradoxer oder überschießender vegetativer und Kreislaufdysregulationen auf der Basis der Beeinflussung zentralnervöser, relativ stabiler Regulationszentren im Stammhirn nur unter psychologischer oder ärztlicher Kontrolle erfolgen. (BOHM et al. 1970; WALLNÖFER 1971; SELFELDT 1980).

STROTZKA (1970) wertet das AT bei ausgesprochen schizoiden und zwangsneurotischen Persönlichkeiten, bei präpsychotischen Zuständen und bei bestimmten reifen, charakterneurotischen Strukturen für kontraindiziert. Gleiche Angaben finden sich bei KRETSCHMER (1976). Er wertet zudem den Schwachsinn für eine absolute Kontraindikation. Sicher ist die Aussage abhängig vom Schweregrad des Schwachsinns. Debilität und Pubertät bilden eine relative Kontraindikation.

KRETSCHMER (1976) erweitert die relative Kontraindikation auf Patienten mit cerebralen Krämpfen bei unzulänglicher Einstellung, Patienten mit starken emotionalen Belastungen und Patienten mit fortgeschrittener Cerebralsklerose.

7.3.2. Zur Technik des Autogenen Trainings

Die Wirkung des AT als konzentrative Selbstentspannung besteht in einer von Anstrengung freien, passiven Konzentration auf verbal vorgegebene Entspannungsphänomene in Form von Schwere und Wärme. Durch spezielle Organformeln gelingt eine Beeinflussung ganzer Organsysteme. Die allen Übungen vorangestellte Ruhetönungsformel dient der Einstimmung und allgemeinen Vorbereitung auf das eigentliche AT. (SCHULTZ 1960, 1974; KÖNIG et al. 1977, 1979).

Formelhafte Vorsatzbildungen dienen einem gezielten Einfluß auf individuelle Probleme, Einstellungen oder Verhaltensmöglichkeiten. Sie können über die Grundübungen hinaus im Sinne einer Selbsthypnose mit posthypnotischem Auftrag in das Training programm mit aufgenommen werden. (KÖNIG 1973; EBERLEIN 1975).

Das AT wird dem Patienten so vermittelt, daß er die Eigenverantwortlichkeit für seine Gesundung über die aktive Entspannung erlebt. Das "Abschalten", "Geschehenlassen", fällt gerade in den ersten Übungsstunden schwer. Ein angespanntes Wollen in körperlich motorischer und geistig aktiver Weise, sowie das Erzwingen von Leistungen und Erstreben von Geltung sind jedoch dem Training entgegengesetzt.

Nach J. H. SCHULTZ (1960) gehören zur vollständigen AT-Training der Unterstufe nach der Ruhetönungsformel die Übungen in der Reihenfolge Schwere - Wärme - Herz - Atmung - Leib und Stirnkühle. Die Übungen werden jeweils durch die "Rücknahme" der Übungseffekte beendet. Es handelt sich dabei um ein mehrmaliges Beugen und Strecken beider Arme, verbunden mit einem tiefen Einatmen und dem Öffnen der Augen. Diese Zurücknahme soll, um störende Nachempfindungen zu vermeiden, ausreichend und gründlich durchgeführt werden.

7.3.3. Psycho-physiologische Vorgänge bei Autogenem Training

Ziel des Autogenen Trainings ist die Reorganisierung der Affekte, was bei funktionell-neurotischen Beschwerden bis zum Verschwinden der Symptomatik gehen kann. Aber selbst bei Teilverbesserung der Beschwerden gelingt den Patienten unter diesen Voraussetzungen ein besserer Umgang mit den Symptomen. Es kommt zu einer Lösung der neurotischen Verspanntheit. Das ist die Grundlage für eine realistischere Einschätzung konfliktträchtiger Situationen und für eine angepaßtere Verhaltensweise. (KÖNIG 1973).

Die negative Autosuggestion hypochondrischer Krankheitsorientierung wird im Autogenen Training durch positive Autosuggestion ersetzt. Das führt schließlich zur Symptombefreiung und Stabilisierung der Persönlichkeit. (STROTZKA 1971). Die der Streßreaktion entsprechende psycho-physische Verfassung in der Entspannung läßt sich nicht nur durch

Regulierungsvorgänge an den angesprochenen Organen oder Organsystemen (Hautdurchblutung, Oberflächentemperatur, Muskeltonus, Herz- und Atemfunktion usw.) in Form des Biofeedback (SALZ, SEEFELDT 1981), sondern sogar bis in die kompliziertesten biochemischen Vorgänge nachweisen. (KÖNIG 1973).

Trotz aller Entspannung und Ruhe ist das AT ein aktiver Vorgang, in welchem die verschiedensten Funktionen des Organismus in trophotroper Richtung umgeschaltet werden können. Lediglich durch fremdsuggessive Einflüsse in der Vermittlung können passive Elemente zum Tragen kommen. (KÖNIG 1973).

Durch seelische Entspannung können vegetative Symptome, z. B. als Folge von Angst, verschwinden. So ist die Unterbrechung der psycho-vegetativen Angstspirale (Angst erzeugt vegetative Symptome - diese machen Angst -, das führt zur Verstärkung der Symptome) Grundlage zum Abbau des Gefühls des Ausgeliefertseins. Auf diese Weise erlebt der Patient seine Unabhängigkeit von Arzt und Medikamenten. (STROTZKA 1978; WENDT 1980).

Patienten, die durch das AT ihre Beschwerden nicht ganz verlieren, verspüren subjektiv deren weitgehende Besserung in Form einer "Resonanzdämpfung der Affekte". (KÖNIG 1973; SCHULTZ 1974; BOCHNIK, SCHWARTZ 1975; KÖNIG et al. 1977; KRAPF 1977; STROTZKA 1978). Außerdem ist der Einsatz des AT in solchen Fällen sinnvoller als eine Psychopharmakotherapie. (KÖNIG 1973; SEEFELDT 1980).

Obwohl es sich beim AT um ein vorwiegend zudeckendes symptomzentriertes Verfahren handelt, ist es - wie auch andere Relaxationsverfahren - in der Lage, Persönlichkeitsveränderungen in Gang zu setzen. ([illegible] 1978).

Mit dem AT erhält der Patient eine Entspannungstechnik, die es ihm möglich macht, sich unabhängig vom Arzt und

von Medikamenten zu entspannen und vegetativ zu harmonisieren. (SCHULTZ 1960; STROTZKA 1969; SCHNALL 1979).

7.3.4. Organisation der Übungen

Die Vermittlung der einzelnen AT-Übungsschritte erfolgt in Übungsstunden. In der Regel wird dafür ein 14-tägiger Abstand eingehalten. (SCHULTZ 1960). Es sind aber auch kürzere Übungsabstände möglich, allerdings erfordert das vom Patienten mehr Disziplin und Kooperation.

Die Patienten werden angewiesen, in der Zeit zwischen zwei Übungsstunden jeweils 3- bis 5mal täglich zu üben. Auf diese Weise werden etwa 40 bis 60 Übungen in dieser Zeit durchgeführt, die zu einer Verinnerlichung der Formel führen. Die Grundlage dafür bildet die Lehre PAWLOWS über die Entstehung eines bedingten Reflexes. (PAWLOW 1953).

Da die Realisierung des Trainingseffektes auf die Formel immer prompter und tiefgreifender erfolgt, wird das Training trotz Zunahme des Trainingsprogramms für lange Zeit nicht über zwei Minuten ausgedehnt. Das bedeutet, daß der Patient maximal 10 Minuten pro Tag für das Training aufwendet. Dadurch werden Zeitprobleme von vornherein vermieden.

Die Übungsstunde dient der Besprechung und Auswertung der Selbstberichte der Trainingsteilnehmer, sowie der Besprechung des nächsten Übungsschrittes. Mehrmaliges Üben in der Gruppe soll bisher Erworbenes festigen und Neues prägen helfen.

Es ist bekannt, daß das AT bei leichten neurotischen Störungen in einem hohen Prozentsatz zur völligen Beseitigung der neurotischen Symptomatik bzw. zu einer subjektiv befriedigenden Besserung des Befindens führt. KÖNIG (1973) führte katamnestische Untersuchungen ein Jahr nach dem AT-Kurs durch. Es erschienen zur Nachunter-

suchung 79 % der aufgeforderten Patienten. Von den [illegible] 31 [illegible] eine [illegible]liche Besserung an. 52 % fühlten sich gebessert und nur 7 % der Befragten antworteten mit: keine Besserung
verschlechtert oder
sehr verschlechtert.

Zu [illegible] Resultaten kamen [illegible] und [illegible] (1976). 49 von 79 Patienten hatten das AT erlernt, von diesen 49 gaben 36 gute bis sehr gute Erfolge bei der Beseitigung ihrer Beschwerden an. Die Reihe dieser positiven AT-Ergebnisse ließe sich weiter fortsetzen.

Theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungen gaben den Anlaß, zu untersuchen, welchen Einfluß Psychotherapie, insbesondere Autogenes Training, in der allgemeinmedizinischen Praxis hat, ob und wie es gelingt, den Krankenstand, die Konsultationshäufigkeit und den Medikamentenverbrauch effektiv zu beeinflussen.

Wenn auch ökonomische Aspekte in der Beweisführung im Vordergrund zu stehen scheinen, so ist dem humanistischen Anliegen der Therapie in jedem Fall und bei jedem Patienten der höhere Stellenwert einzuräumen.

8. [illegible] in der [illegible] Praxis

8.1. Darstellung des eigenen Ausbildungsweges

Da die Psychotherapie durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin noch nicht allgemein üblich ist, erfolgt zunächst zwecks besseren Verständnisses und unter dem Aspekt der Erfahrungsvermittlung eine kurze Darstellung des eigenen Qualifizierungsweges. (EHRENPFORDT 1980, 1982).

Das Autogene Training lernte ich 1975 kennen und sah darin eine entscheidende Möglichkeit, vielen Patienten helfen zu können. Im Grundkurs für Psychotherapie an der Bezirksadademie des Gesundheits- und Sozialwesens Potsdam erwarb ich 1976 Grundkenntnisse in Psychologie und Psychotherapie. Parallel dazu liefen bereits meine ersten AT-Kurse. Diesen ersten Kursen hafteten alle Schwierigkeiten eines Anfangs an. Sie waren begleitet von meiner Unsicherheit, ob es mir gelingen wird, diese noch ungewohnte Behandlungsmöglichkeit sinnvoll und effektiv einzusetzen. Ich stand in gewisser Weise unter Erfolgszwang. Diesem Sicherungsbedürfnis Rechnung tragend, nahm ich in die ersten Gruppen nur wenige Patienten. Es waren solche Patienten, die mir vom Empfinden her sehr zugetan waren, eher fügsam als aufsässig und insgesamt leicht lenkbar waren.

Im Aufbaukurs I und II 1979 und 1980 wurde das psychotherapeutische Grundwissen erweitert und praktische Erfahrungen durch die Vorstellung von Problempatienten gesammelt. Speziell an der Vorstellung eigener Problempatienten während der Aufbaukurse, zwischenzeitlich bei Problemfallseminaren und auf regionalen Veranstaltungen der Gesellschaft für Psychotherapie lernte ich, eigene Fehler im Umgang mit Patienten erkennen.

Parallel dazu [illegible] durch die ständige Verbindung der praktischen psychotherapeutischen

Tätigkeit mit der Aus- und Weiterbildung gewann ich an Sicherheit in Diagnostik und Therapie.

Eine vierdimensionale Diagnostik, möglichst noch mit differenzierter Pathogenese ist für den psychotherapeutisch Unerfahrenen sehr schwer. Hier ist der Praktiker dem Kliniker eindeutig im Nachteil. Dem Facharzt für Allgemeinmedizin bietet sich eine große Anzahl Patienten mit einer Vielzahl funktioneller und neurotischer Beschwerden.

Wo Auffälligkeiten in der Kindheit vorhanden waren, ist die Diagnose einer primären Fehlentwicklung nicht allzu schwierig. Oft muteten jedoch Krankheitsbilder zunächst als Affektreaktion an. Im weiteren Verlauf stellte sich dann jedoch eine primäre oder sekundäre Fehlentwicklung heraus.

Es war anfangs auch gar nicht möglich, derart viele Patienten, die einer Diagnostik und Therapie der 2. und 3. Stufe nach HÖCK und KÖNIG (1976) hätten zugeführt werden müssen, an entsprechende Einrichtungen zu überweisen. Zum Teil lagen die Gründe in der eigenen begrenzten Leistungsfähigkeit, zum Teil auch in den begrenzten psychotherapeutischen Kapazitäten im Einzugsgebiet. In der Frühzeit meiner psychotherapeutischen Tätigkeit habe ich vordergründig die Neurose an sich gesehen. Zur eigentlichen Diagnostik bin ich erst durch die weitere Ausbildung in Aufbaukursen und Problemfallseminaren gekommen. Es wurden also auch bewußt Patienten in den AT-Kursen psychotherapeutisch behandelt, die nach strenger Indikation dort nicht hingehörten. HAUSCHILD und DI POL (1978) heben hervor, daß aus verschiedenen Gründen eine ambulante Psychotherapie, wenn sie erfolgversprechend erscheint, der stationären vorzuziehen ist, z. T. auch für Fehlentwicklungen. Die Vorteile liegen auf der Hand: Der Patient verbleibt in seinem sozialen Milieu, damit bleibt der Kontakt zu den wichtigsten sozialen Gruppen erhalten und er kann

Erlerntes sofort umsetzen. Außerdem entstehen durch die ambulante Behandlung keine langen AU-Zeiten, und die Kosten einer solchen ambulanten Therapie liegen bei weitem niedriger als die Kosten einer stationären Behandlung.

Vom zweiten Kurs an setzte ich psychologisches Testmaterial ein und führte zunächst teilweise, später grundsätzlich, psychodiagnostische Gespräche in Form des symptom- bzw. konfliktzentrierten Gesprächs.

Für die diagnostische Erfassung neurotischer Störungen bringen die als Siebtest entwickelten Fragebögen, der Beschwerdefragebogen (BFE) und der Verhaltensfragebogen (VFE) nach HOCK und HESS (1975, 1976) eine wesentliche Erleichterung.

Von Anfang an wurde versucht, Barrieren zwischen dem Patienten und dem Therapeuten abzubauen. Gespräche und AT-Gruppenstunden waren zeitlich limitiert, standen aber nicht unter Zeitdruck. Ich trat in Privatkleidung, also ohne weißen Mittel, dem Patienten oder der Gruppe gegenüber. (BINDER 1966, KRAFF 1972). Die Gruppenteilnehmer nahmen im Kreis Platz, wo der Therapeut sich wie ein Gruppenmitglied einreihte. (BINDER 1966). Der Schreibtisch als Symbol der Distanz befand sich während der Gruppenstunden außerhalb des Kreises.

Die ersten Erfolge in den Gruppen machten mich sicherer im Umgang mit den Patienten und mit der Methode. Die Größe der Kurse umfaßt jetzt maximal 17 Patienten. Diese Grenze mußte aus räumlichen und ausstattungsmäßigen Gründen gesetzt werden.

Die anfängliche Selbstsicherung des Therapeuten durch eine leicht zu führende Gruppe wurde vollkommen aufgegeben, so daß jetzt ein strukturell sehr unterschiedliches Gruppenbild den Vorrang hat.

Die Vermittlung des AT erfolgt in meiner Einrichtung in geschlossenen Gruppen. Die Gruppen sind heterosexuell aufgebaut, allerdings überwiegen die Frauen zahlenmäßig. Die Dominanz des weiblichen Geschlechts in der Psychotherapie wird von vielen Autoren beschrieben. (PFLANZ 1962; [illegible] 1968; [illegible]OTZKA 1969; [illegible] 1973; PRELSZ 1978; RICHTER 1978; BALINT 1980; JULL, [illegible]-GREVE 1980).

Frauen klagen durchschnittlich über mehr Beschwerden als Männer. Es fällt ihnen leichter über Ängste, Depressionen, seelische Konflikte und damit verbundene somatische Störungen zu reden. Sie sind klagsamer, emotional offener und leidensfähiger und bewahren sich durch ihr offen sichtbares Leiden eher vor psychischen Krankheiten. Der Mann dagegen neigt mehr dazu, seine seelischen Schwierigkeiten, wie auch körperliche Beschwerden zu verleugnen. Er bewahrt lange eine starke, selbstsichere, rationale Fassade und betont seine Distanz zu emotionalen Problemen. Er neigt eher zu einer unsichtbaren organischen Krankheit. (RICHTER 1978; JULL, [illegible]-GREVE 1980).

Ein Grund für das Überwiegen weiblicher Patienten in den Gruppen könnte in manchen Fällen in der neuen, noch ungewohnten Rolle der emanzipierten Frau mit ihrer Doppelbelastung liegen. ([illegible]-LUTZ 1962; PFLANZ 1962; SCHMIDT 1981).

Die Frau in ihrem Bestreben nach Selbstverwirklichung steht dabei vor Problemen, deren Lösung vermutlich mehrere Generationen dauern wird, weil sie eng mit tiefgreifenden Verhaltensveränderungen verbunden ist.

PFLANZ (1962) konnte keine negativen Folgen der Doppelbelastung der Frau nachweisen. [illegible] (1962) dagegen hebt hervor, daß weniger die körperlichen Belastungen bzw. die zeitliche Hetze neurotisierend wirken. Ausschlaggebend ist vielmehr die affektbetonte negative

Emotion der Frau in Situationen, die eine Diskrepanz zwischen ihrer neuen Rolle in der Gesellschaft und den alten Gewohnheiten dieser Gesellschaft darstellen.

Zu ähnlichen Schlußfolgerungen gelangten [illegible], JAHODA, HELPEL und MONTAG (zit. in HESSENBERGER 1980). Das subjektive Empfinden einer Überlastung ist demnach entscheidender für die Frau als die objektiv nachweisbare Belastung.

8.2. Die Organisation des Autogenen Trainings in der allgemeinärztlichen Praxis

Ein Trainingskurs zum Erlernen des AT umfaßt 10 Übungsnachmittage zu je einer Doppelstunde in 14-tägigem Abstand. Die Teilnehmer sitzen dabei einschließlich des Therapeuten im Kreis. Die erste Kursstunde dient der Einführung in die Methode und dem Erleben der Ruhetönung.

Anfangs erfolgt die Einweisung in das neue Trainingsprogramm fremdsuggestiv. Später werden die Trainingsaufgaben unter völliger Zurücknahme der fremdsuggestiven Vermittlung verbal gestellt.

Besonders in den ersten Gruppenstunden wird in jeder Übungsstunde mindestens einmal auf die Eigenverantwortlichkeit beim Trainieren hingewiesen. Der Streit um Auto- und Fremdsuggestion ist noch nicht entschieden. STROTZKA (1969) hält das laute Vorsprechen sogar für sehr wichtig hinsichtlich des Erfolges, da er die Erfahrung gemacht hat, daß die ruhige Stimme des Therapeuten fast immer bei den eigenen Übungen wieder gehört wird. Diese Feststellung kann aus eigener Erfahrung bestätigt werden. Ein Teil der Patienten macht spontan derartige Äußerungen.

Wenn die fremdsuggestive Vermittlung im Trainingsverlauf langsam abgebaut wird, gibt es immer wieder Patienten, die großen Wert auf die Fortführung der Fremdsuggestion legen. Um passiven Elementen und späterer Abhängigkeit vorzubeugen, ließ ich in den Kursen der letzten zwei Jahre, während dieser Zeit, Kursteilnehmer die Übungsformeln vorsprechen.

Diese Variante in der Übermittlung des AT entstand aus einem Mißverständnis heraus. Als jener aufgeklärt wurde, lief bereits der nächste Kurs mit dieser "Fremdsuggestion" durch Gruppenmitglieder. Von den Teilnehmern wurde die Anforderung, daß einer von ihnen für einige Minuten die Gruppenleitung übernehmen sollte, mit typischen Ressentiments aufgenommen. Es wurde niemals ein Gruppenmitglied durch den Therapeuten für diese Rolle bestimmt. Immer der Teilnehmer fand sich immer freiwillig dazu bereit. Die Rückmeldung über das Gelingen oder über Schwierigkeiten bei dieser Übung erfolgte dann auch an dieses Gruppenmitglied. Dabei schloß sich der Therapeut nicht aus.

Am interessantesten waren die Auswertungen des jeweiligen Lehrgangs beim Abschluß. Teilnehmer, die sich standhaft geweigert hatten, diese Rolle zu übernehmen, verurteilten das Ansinnen, die Aufgabe des Therapeuten, der ja der "Experte" wäre, auf die Gruppe zu delegieren. Währenddessen wollten andere gerade dieses Erlebnis nicht missen. Einer Patientin, die über zwei Monate die Schwierigkeit hatte, weder Ruhe, Schwere noch Wärme zu empfinden, gelang bei der Fremdsuggestion durch eine andere Gruppenteilnehmerin erstmals die Realisierung des ganzen bisherigen Trainingsprogramms. Sie hatte auch fortan keine Schwierigkeiten bei der Realisierung der Übungen mehr.

Eine andere, sehr zurückhaltende und schüchterne Patientin erlebte eine Stärkung ihres Selbstwertgefühls. Dieses

Erlebnis hatten, wenn auch nicht so ausgeprägt, viele, die diese Rolle übernommen hatten.

Inzwischen arbeiten zwei weitere Kollegen mit dieser "Trendsuggestion" durch Gruppenmitglieder und berichten über ähnliche Erfahrungen.

Die Gruppenstunden verlaufen in folgenden Übungsschritten:

1. Einführung und Ruhetönung
2. Schwere rechter Arm
3. Schwere beider Arme, beider Beine
4. Wärme rechter Arm
5. Wärme beider Arme, beider Beine
6. Herzübung
7. Atemübung
8. Leibübung
9. Stirnkühle
10. Auswertung

In der siebenten/achten Stunde erfolgt eine Einführung in die formelhaften Vorsatzbildungen. Jeder Patient erarbeitet, z. T. mit Hilfestellung, eine individuelle Formel. Er hat die Möglichkeit, diese in sein Trainingsprogramm einzubeziehen.

Die Patienten fertigen über ihr Training zwischen den Gruppenstunden Protokolle an, deren Inhalt meist die Grundlage für das Gruppengespräch bildet.

Der Kontakt zur Gruppe und zum einzelnen Patienten erfolgt über das Gruppengespräch, das sich durchaus nicht in der Abrechnung von Erfolgen und Mißerfolgen im persönlichen Trainingsgeschehen erschöpft. Häufig werden Fragen der Psychohygiene, der Lebensführung und allgemeine Fragen mit Konfliktcharakter besprochen. Dabei ist es das Anliegen des Therapeuten, den Patienten die Einsicht zu vermitteln, daß psychonervale Störungen in Form somatischer oder psychischer Beschwerden als Folge akuter und

chronischer ungelöster beruflicher, familiärer oder persönlicher Spannungen entstehen können. (BOCHNIK 1971; BÖTTCHER, ORSCHEKOWSKI 1973; OLBRICH 1978).

Typische Schwierigkeiten, die im Gruppengespräch auftauchen, sind:

1. Beim Entspannen werden einzelne oder überall Verkrampfungen gespürt.
2. 1000 Gedanken gehen durch den Kopf und lenken vom Training ab.
3. Man spürt alles andere, nur nicht das, was man sich vorspricht.

Mit dem Hinweis auf Anfangsschwierigkeiten und daß man nichts erzwingen soll (KRAPF 1977), sondern sich anstrengungsfrei, ohne Leistungsstreben fallen lassen darf, wird dem Patienten Hilfe bei der Überwindung derartiger Schwierigkeiten gegeben. (LUTZKA 1969). So erarbeitet jeder Patient seinen individuellen Übungsstil.

Anhaltende Klagen über Schwierigkeiten bei der Realisierung der Übungen geben dem Therapeuten allerdings auch Hinweise auf ungelöste Konflikte. (KRAPF 1972).

9. Eigene Erfahrungen in der allgemeinärztlichen Praxis mit psychonerval gestörten Patienten

Ein großer Teil der Patienten, sowohl in der ambulanten als auch in der stationären medizinischen Versorgung, leidet unter Beschwerden, die gar nicht oder nur schlecht und wenn, dann nur vorübergehend, durch somatomedizinische Therapiemethoden beeinflußt werden können. In den meisten Fällen liegt den Beschwerden labor- und röntgendiagnostisch kein pathologisches Substrat zugrunde. Dem Unverständnis des rein organmedizinisch orientierten Arztes folgt das Unverständnis des Patienten, der sich mit seinen Beschwerden nicht ernst genommen fühlt. Die Folge ist eine Störung des Arzt-Patient-Verhältnisses. Mitunter treten diese Patienten nun den langen Weg von einem Arzt zum anderen an. (LUBAN-PLOZZA 1983). So werden aus diesem "Treibholz der Medizin" (ENKE 1977) schließlich medizinische Odysseen. Diese Patienten sind an ihre Beschwerden fixiert und suchen andere Ärzte, Fachärzte und Spezialisten auf, um die Bestätigung einer "schweren Krankheit" oder eine Verringerung ihrer Beschwerden zu erreichen.

Der Chronifizierung funktioneller Beschwerden steht unter diesen Bedingungen nichts im Wege. (BECK 1974).

In Morbiditätsanalysen nehmen die Erkrankungen des Nervensystems hinter den Herz-Kreislauferkrankungen sowie den Verletzungen und deren Folgen einen bedeutsamen 3. Platz ein. (MITZSCHERLING 1971).

Bei eigenen Untersuchungen wurden die weiblichen Patienten einer staatlichen Arztpraxis für Allgemeinmedizin siebdiagnostisch mit Hilfe des BFB und VFB nach HÖCK und [illegible] (1975, 1976) untersucht. Im Untersuchungszeitraum suchten 789 Frauen diese Praxis auf. Davon waren 420 Patienten im Alter von 16 - 60 Jahren. Für die Beurteilung

"wahrscheinlich neurotisch" (W), "fraglich neurotisch" (FN) oder "nicht neurotisch" (ON) wurden beide Fragebögen ausgewertet. Wenn ein Fragebogen bzw. beide Werte im Bereich "wahrscheinlich neurotisch" auswiesen, dann wurde die Patientin unter "wahrscheinlich neurotisch" (N) gezählt. Fielen beide oder nur ein Fragebogen "fraglich neurotisch" aus, wobei der andere Fragebogen im "nicht neurotischen" Bereich liegen mußte, dann wurde die Frau als "fraglich neurotisch" erfaßt. Nur Patienten mit beiden Fragebögen im "nicht neurotischen" Bereich wurden als "ohne Neurose" aufgefaßt.

Folgende Tabelle gibt Auskunft über die Verteilung in den einzelnen Gruppen:

Tabelle 1

über 60 Jahre	16 - 60 Jahre				
	N	FN	ON	zum Test nicht erschienen	Summe
369	180	48	167	25	420

Die Untersuchung ergab, daß 57,7 % der Frauen zwischen den 16. und 60. Lebensjahr fraglich neurotisch bzw. neurotisch erkrankt waren. Wenn man annähme, daß in der Altersgruppe über 60 Jahre keine neurotische Erkrankung vorliegt, was jedoch nicht der Realität entspricht, sind diese 240 Patientinnen immer noch 29 % der gesamten in dieser Praxis betreuten weiblichen Patienten.

Das heißt, daß mindestens 3 von 10 Frauen die ärztliche Sprechstunde mit funktionellen oder neurotischen Störungen aufsuchen.

10. Aufgabenstellung

Durch die Bereitstellung von erheblichen finanziellen Mitteln konnten veraltete Gesundheitseinrichtungen modernisiert und neue prophylaktische, diagnostische, therapeutische und rehabilitative Einrichtungen geschaffen werden. Die Bürger in Stadt und Land werden in einer Vielzahl ambulanter medizinischer Behandlungsstellen verschiedenster Art betreut. Obwohl die gesundheitliche Betreuung heute in der DDR einen Grad erreicht hat, der beispielgebend ist, können einige Probleme mit volkswirtschaftlicher Bedeutung nicht befriedigen. (HÖCK 1979; KATZENSTEIN 1979).

Es sind dies:

1. Die ständig steigenden Konsultationszahlen der letzten Jahre erreichten teilweise die Grenze des Leistungsvolumens der ambulanten medizinischen Betreuungsstellen - und das nicht nur in den Frühjahrs- und Herbstmonaten, der Zeit erhöhter Infektbereitschaft.
2. Die kontinuierlich steigende Zahl der Laboruntersuchungen, die sich in den letzten 8 bis 10 Jahren verdoppelt hat, belastet materiell und personell medizintechnische Kapazitäten. Dabei fallen über 90 % dieser Befunde, wie für ambulante Einrichtungen ermittelt,"o. B." aus. (HÖCK 1979).
3. Das Problem des überhöhten Krankenstandes beschäftigt schon seit Jahren Mediziner gleichermaßen wie Betriebe und Gewerkschaften.

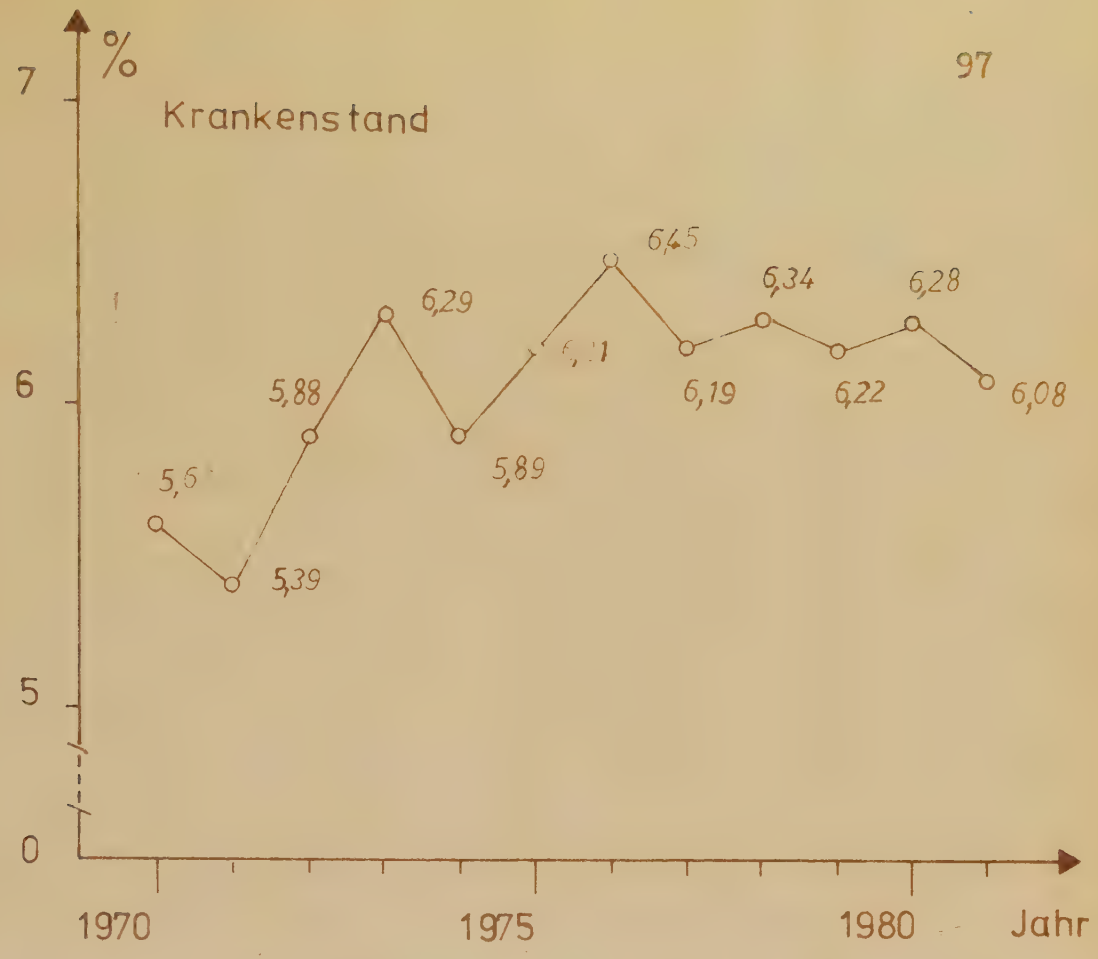


Abb. 10 Durchschnittlicher Krankenstand der Werktätigen der DDR

4. Ein weiterer nicht unwesentlicher Aspekt des effektiven ärztlichen Handelns ist der ständig steigende Medikamentenverbrauch, speziell der Analgetika, Sedativa, Hypnotika und Psychopharmaka.

   Die Frage des Medikamentenabusus scheint nicht nur ein Problem der medizinischen Behandlung zu sein. Der Handverkauf rezeptfreier Medikamente schafft einen ärztlicherseits nicht mehr kontrollierbaren Medikamentenkonsum.

5. Im gehäuften Arztwechsel sowie in der häufigen Überweisung zu den verschiedensten Fachärzten spiegeln sich oftmals nicht nur Probleme der Arzt-Patienten-Beziehung wider, sondern sind auch häufig die Ursa-

chen für die steigenden Konsultationszahlen zu suchen. (HÖCK 1979).

In diesem Zusammenhang gewinnen funktionelle und neurotische Störungen gesellschaftspolitische und volkswirtschaftliche Bedeutung.

Diese Tatsache verlangt von jedem Arzt, sich kritisch mit dem Krankheitsbild des funktionell gestörten und neurotischen Patienten auseinander zu setzen. Dem wachsenden Bedürfnis der Bevölkerung nach optimaler gesundheitlicher Betreuung kann die bisherige ärztliche Betreuung nicht mehr voll entsprechen. (HÖCK et al. 1981). Das zunehmende Bedürfnis der Bevölkerung nach einer adäquaten Behandlung setzt eine breite Basis psychotherapeutischen Denkens und Handelns voraus. Das abgestufte diagnostisch-therapeutische System - von HÖCK erarbeitet - sieht eine psychodiagnostische und psychotherapeutische Arbeit auf breiter Basis unter Einbeziehung von Fachärzten aller Disziplinen vor. (HÖCK, KÖNIG 1976; HÖCK 1979).

Es gilt Fragen nach der Integration des Menschen in seine Umwelt und die Wechselbeziehungen zu ihr mehr und mehr in das neue Krankheits-Gesundheitsverständnis der Ärzte aller Fachrichtungen einzubeziehen.

Daß es möglich ist, eine Beeinflussung der o. g. Probleme zu erreichen, soll an Hand einiger Hypothesen untersucht werden.

1. Durch den Facharzt für Allgemeinmedizin ist es möglich, funktionelle und neurotische Störungen mittels Psychotherapie effektiv zu beeinflussen.

1.1. Es ist möglich, die Arbeitsunfähigkeit dieser Patienten zu senken.

1.2. Es ist möglich, die Konsultationshäufigkeit zu reduzieren.

1.3. Es ist möglich, den Medikamentenkonsum dieser Patienten zu beeinflussen.

2. Das subjektive Erleben dieser Patienten ändert sich in Richtung Wohlbefinden.

2.1. Das Empfinden behandelter Patienten ändert sich in Richtung Entspannung, Gelassenheit, Optimismus.

2.2. Behandelte Patienten erleben eine Verbesserung ihres Verhältnisses zur sozialen Umwelt.

2.3. Behandelte Patienten gestalten ihr Leben befriedigender.

3. Es besteht ein Zusammenhang zwischen den veränderten Parametern und der Weiterführung des Autogenen Trainings nach Anschluß des AT-Kurses.

4. Durch verbesserte psychotherapeutische Ausbildung des Therapeuten steigt die Effektivität der Therapie.

5. Es ist möglich, bei psychotherapeutisch behandelten Patienten einer allgemeinärztlichen Praxis die Leistungen der SV zu senken. Versuch eines Effektivitätsnachweises am Beispiel des Krankentagegeldes.

Die Ergebnisse einer Analyse der psychotherapeutischen Tätigkeit in einer Facharztpraxis für Allgemeinmedizin sind die Grundlage für die Untersuchung dieser Hypothesen.

11. Übersicht über die Patienten

Im folgenden sei ein kurzer Überblick über die Patienten von 14 AT-Kursen gestattet. Die Teilnehmerstärke pro Kurs schwankte zwischen 7 und 17 Patienten. Zu den AT-Kursen waren insgesamt 172 Patienten eingeladen.

Tabelle 2

Kurs	den Kurs begannen	davon w	m	Abgänge w	m	Abgänge ges. in %	Entfallen für Untersuchung m	üb. 60 J.	ver-gen	un-ter 25 J.	zur Untersuchung eingeladen	nicht erschienen	Untersuchte Patienten
I	8	7	1	1	0	12,50	1	2	2		2		2
II	8	7	1	1	0	12,50	1				6		6
III	16	12	4	0	3	18,75	1				12		12
IV	15	14	1	3	0	20,00	1				11		11
V	15	14	1	1	0	13,67	1	2		1	10		10
VI	11	10	1	2	1	27,27					8		8
VII	17	15	2	3	0	17,64	2				12	1	11
VIII	7	5	2	1	0	14,28	2				4		4
IX	12	11	1	2	0	16,67	1				9		9
X	9	9	0	1	0	11,11					8		8
XI	15	14	1	3	0	20,00	1	1	1		9	1	8
XII	13	11	2	3	1	30,77	1		2		6		6
XIII	11	10	1	3	0	27,27	1				7	1	5 (+ 1 Debilitas)
XIV	15	10	5	2	1	20,00	4				8		8
	172	149	23	26	6	18,25	17	5	5	1	112	3	108 + 1 debile Patientin

32 Patienten, das sind 18,6 %, haben das AT nicht erlernt. Der Hauptgrund hierfür ist darin zu sehen, daß diese Patienten von sich aus vorzeitig die Kurse verlassen haben. Damit liegt die Zahl der Therapieabbrüche in der Einrichtung weit unter dem von KLUMBIES (1980) angegebenen Mittel von ca. 30 %. (VOGLER et al. 1982).

Die höchsten Therapieabbrüche fanden nach der ersten und zweiten Stunde statt. Der Bitte, diese Therapieabbrüche in einem kurzen Gespräch mit dem Therapeuten zu klären, kamen nur etwa die Hälfte der Patienten nach. Als Gründe für den Therapieabbruch nannten die Patienten Zeitnot (Hausbau, Lehrgänge, Lehrabschluß), mangelnde Erfolge beim Training, Kontrahenten aus dem beruflichen oder familiären Alltag o. ä. So saßen einmal zwei rivalisierende Stiefschwestern in einer Gruppe, ohne daß der Therapeuten die Verwandtschaftsverhältnisse bekannt waren. Manchmal wurden offen Ressentiments gegenüber der Methode und dem Therapeuten geäußert. Z. B. "Ich bin doch nicht verrückt." "Das ist doch wohl keine Therapiemethode für mich!" "Na, da haben Sie sich wohl geirrt?"

Einige der kommentarlos ferngebliebenen Patienten wurden nicht mehr in der Sprechstunde gesehen. Sie hatten offensichtlich den Arzt gewechselt.

Es kam immer einmal vor, daß durch Urlaub oder Krankheit bzw. andere triftige Gründe ein Patient nicht zur Gruppenstunde erschien. Meist wurde dann ein Kurzgespräch während der täglichen Sprechstunde mit Information über den nächsten Trainingsschritt vereinbart.

Zur Nachuntersuchung gelangten nur die weiblichen Teilnehmer aus 14 Kursen im Alter von 25 - 60 Jahren zur Zeit der Therapie.

Bei der Begrenzung der nachzuuntersuchenden Patienten auf das Alter von 25 - 60 Jahren wurde von der Uberlegung

ausgegangen, daß damit eine von der Problematik her einheitliche Gruppe von Patienten zur Auswertung kommt. Bis zum 25. Lebensjahr ist die primäre Berufsausbildung abgeschlossen. In den meisten Fällen ist bis zu diesem Zeitpunkt die Eheschließung und die Gründung einer Familie sowie die Einrichtung eines eigenen Hausstandes erfolgt. Damit entfallen Probleme, die sich mit der Ausbildung, mit Prüfungen, Partnerwahl, Familienplanung sowie Wohnungs- und Einrichtungsschwierigkeiten verbinden. Andererseits wurden Patienten jenseits des 60. Lebensjahres bei der Materialuntersuchung nicht erfaßt, da sich auch mit dieser Altersgruppe charakteristische Probleme ergeben. Nach MOERS (zit. in EMME 1977) ist das Alter von 25 bis 45 Jahren - die Lebensmitte - charakterisiert als Zeit des relativen Gleichgewichts. In der 2. Hälfte dieses Zeitabschnitts kann eine Wende im Erleben beobachtet werden. Der Mensch ist nicht mehr nur zukunftsorientiert; er blickt auch zurück - ohne Wehmut. Dies ist aber auch die Zeit festgefahrener Krisen im Ehe- und Familienleben, sowie im Beruf. Die Zeit nach dem 45. Lebensjahr ist dagegen mehr der Überprüfung des bisherigen Lebens auf erfüllte Erwartungen, Erfolge und Mißerfolge gewidmet. Die Kinder verlassen in dieser Zeit das Elternhaus. Im Klimakterium erfolgt dann die biologische und psychische Umstellung auf das Alter.

In den letzten 50 bis 100 Jahren haben umwälzende Veränderungen der Stellung der Frau in der Gesellschaft auch zu Veränderungen im [illegible] Verhalten und Erleben geführt. (SZEWCZYK 1968). Dieser besonderen Stellung der Frau Rechnung tragend, steht sie im Blickwinkel vieler Analysen und Betrachtungen. Andererseits ergeben sich durch die biologische Funktion der Frau einige Besonderheiten gegenüber dem Mann. (HECHT 1966).

In der DDR liegt der Anteil der berufstätigen Frauen mit insgesamt 3 751 400, das sind 49,8 %, aller Werktätigen

sehr hoch. (Stat. Jahrbuch 1982) Die Einengung der Nachuntersuchungspatienten auf 25 - 60 Jahre erfolgte nicht zuletzt deshalb, weil damit die Frauen in den Jahrgängen, die hauptsächlich unser Nationaleinkommen schaffen, erfaßt werden. Bei der Frage, wie sich Krankheit und Behandlung effektiv widerspiegeln, ist deshalb diese Gruppe besonders bedeutungsvoll.

Epidemiologische Untersuchungen in der staatlichen Arztpraxis ergaben testpsychologisch bei 57,7 % der Frauen zwischen dem 16. und 60. Lebensjahr Hinweise für eine neurotische Erkrankung. Frauen stellen dadurch mit 149 (86,6 %) den Hauptanteil der AT-Kurse. Davon haben 123 Frauen das AT erlernt. Von diesen wurden 112 Frauen im vorgegebenen Alter von 25 bis 60 Jahren zur Nachuntersuchung eingeladen.

Es erschienen 109 Patienten. Die Angaben einer Patientin mußten wegen eines Intelligenzdefektes aus dem Nachuntersuchungsmaterial eliminiert werden. Sie war durch Überweisung von einer auswärtigen Psychiaterin in einen AT-Kurs aufgenommen worden.

3 Patienten kamen nicht zur Untersuchung. Zwei davon blieben trotz mehrmaliger Aufforderung der Befragung fern, und eine Patientin war lange Zeit nicht erreichbar.

Die Anzahl der auswertbaren Nachuntersuchungen beträgt somit 108.

In Relationen zu allen Teilnehmern, die zu AT-Kursen eingeladen wurden, (172 Patienten) sind das 62,8 %.
In Relationen zu allen weiblichen Teilnehmern (149 Patienten) sind das 72,5 %.
In Relationen zu den weiblichen Teilnehmern (123 Patienten), die das AT anwenden konnten, sind das 87,8 %.

Damit gelangt also ein repräsentativer Teil der psychotherapeutisch behandelten Patienten zur Nachuntersuchung.

Das Durchschnittsalter der nachuntersuchten Patientinnen betrug 40,12 Jahre.

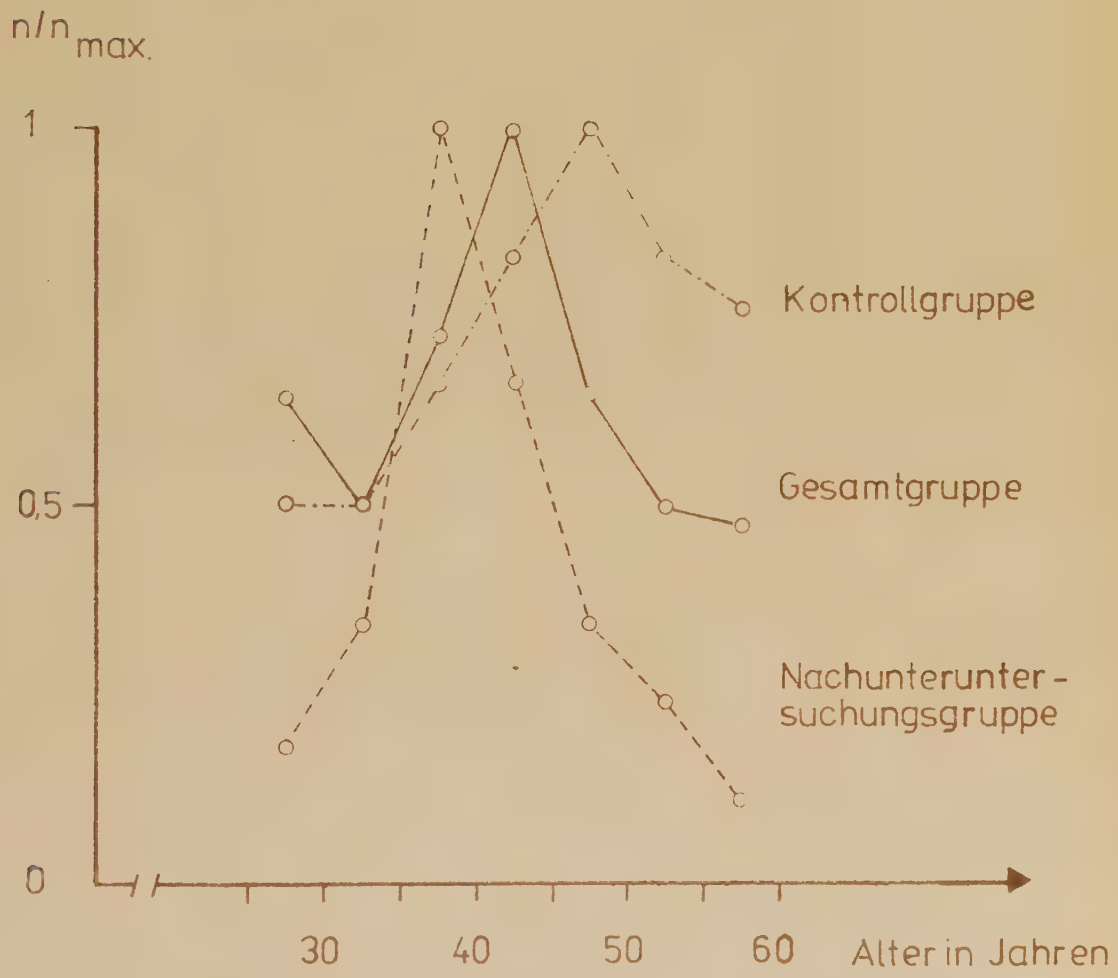


Abb. 11 Die Altersverteilungen der Gesamt- , Nachuntersuchungs- und Kontrollgruppe in normierter Darstellung

1[illegible]. Methodik der Nachuntersuchung

Zur Nachuntersuchung gehörte eine Einladung (Anhang A) sowie 2 Fragebögen (Anhang B und C), die die Patientin, möglichst ausgefüllt, zum Nachuntersuchungstermin zusammen mit den SV-Ausweisen mitzubringen hatte. Im Verlauf der Nachuntersuchungen wurde der BFB (Anhang D) und der VFB (Anhang E) sowie der VLV (Anhang F) von den Patientinnen beantwortet. Während dieser Zeit konnten die von den Patientinnen angegebenen AU-Zeiten mit den Eintragungen im SV-Ausweis verglichen und vervollständigt werden. Nach diesen Fragebogennachuntersuchungen wurde ein nochmaliger Termin für ca. 10 bis 15 Minuten über spezielle Rückfragen und zur Klärung von Mißverständnissen, die sich aus dem Fragebogenmaterial ergeben könnten, vereinbart. Bis auf zwei Frauen, die diese Zeit nicht mehr aufbringen konnten oder wollten und später am Arbeitsplatz bzw. zu Hause aufgesucht wurden, kamen alle nachuntersuchten Patienten dieser Aufforderung verständnisvoll nach.

Bei der Einzelbefragung im Gespräch konnte außerdem die Frage nach einem zwischenzeitlichen oder ständigen Arztwechsel sowie die Mitbehandlung durch Kollegen anderer Fachrichtungen geklärt werden.

Für den Vergleich der Konsultations-Zahlen vor und nach dem AT konnten nur Patienten in Frage kommen, die, abgesehen von bis zu zwei gynäkologischen Vorstellungen im Jahr, in der gleichen Einrichtung behandelt wurden. Für diesen Zweck wurden nach der Untersuchung alle Konsultationen aus der jeweiligen Patientenkartei ermittelt. Es handelt sich also bei den Angaben über die Arbeitsunfähigkeit und die Konsultationshäufigkeit um keine subjektiven Antworten, sondern um objektiv nachweisbare Zahlenangaben. Bei den Angaben über die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit und Konsultationen wurde der gesamte Zeitraum von der Beendigung des AT-Kurses bis zur Nachuntersuchungszeit stets in Relation zum gleichen Zeit vor dem Erlernen des AT betrachtet.

12.1. Diagnostisches Instrumentarium

12.1.1. Der individuelle Fragebogen

Es handelte sich bei den Fragebögen, die den Patienten zugeschickt wurden, um einen individuellen (B), der Auskunft über persönliche Daten, die wichtigsten Parameter wie Arbeitsunfähigkeit, Medikamente und das Verhalten zum Training gibt.

Der zweite Fragebogen (C) wurde von BECK (1974) für eine mögliche Nachuntersuchung von Psychotherapie-Patienten vorgeschlagen.

12.1.2. Der Katamnesefragebogen nach BECK (1974)

BECK geht davon aus, daß sich durch die Therapie objektive und subjektive Veränderungen ergeben können. Auf die Frage nach der Arbeitsunfähigkeit und nach der zwischenzeitlichen Behandlung wurde im individuellen Fragebogen ausführlicher eingegangen.

Im Fragebogen wird zunächst nach körperlichen und psychischen Beschwerden gefragt, danach das soziale Umfeld beleuchtet, sowie Kontakte zu Personen der näheren Umgebung des Patienten und Aktivitäten im gesellschaftlichen Bereich erfragt.

Das Verhältnis zur Psychotherapie und zum Psychotherapeuten beleuchten drei Fragen am Schluß des Fragebogens. Es gibt für diesen Fragebogen keine Standardisierung in der Bewertung der einzelnen Fragen.

Die Nachuntersuchung erfolgte gruppenweis. Allerdings erschienen nicht immer alle Teilnehmerinnen eines Kurses. Nachzügler wurden zu den folgenden Nachuntersuchungsterminen wieder eingeladen.

Bei der Nachuntersuchung wurde den Patientinnen der Beschwerdefragebogen (BFB) nach HÖCK und HESS (1975) (An-

hang D) und der Verhaltensfragebogen (VFB) nach HÖCK und HESS (1975) (Anhang E) sowie der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) nach ZIELKE und KOPF-MEHNERT (1978) (Anhang F) vorgelegt.

12.1.3. Der Beschwerdefragebogen (BFB) nach HÖCK und HESS (1975)

Es handelt sich um einen Siebtest, mit dem funktionell-neurotische Störungen innerhalb der ambulanten Sprechstunde erfaßt werden können. Er basiert auf der Tatsache, daß Patienten mit neurotischen Störungen im Mittel unter einer höheren Anzahl vegetativer und psychischer Beschwerden leiden als Patienten mit einem organischen Leiden.

Auffällige Testergebnisse drücken die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer funktionell-neurotischen Störung aus und müssen durch das diagnostische Gespräch verifiziert werden.

Der BFB besteht aus einer systematischen Aufzählung von körperlichen und psychischen Beschwerden. 63 Beschwerden treten signifikant häufiger bei Neurotikern auf (Neuroseskala). Der Patient hat die Aufgabe, durch Ja- oder Nein-Ankreuzung das Vorliegen oder Nichtvorliegen der Beschwerde anzuzeigen. Die Auswertung des Tests erfolgt mittels Schablone durch Auszählen der neuroserelevanten Beschwerden. Entsprechend der Geschlechtszugehörigkeit und bei Frauen zusätzlich der Altersgruppe erfolgt die Zuordnung zu einer der 3 Gruppen: nicht neurotisch (NN), fraglich neurotisch (FN), wahrscheinlich neurotisch (WN).

Da 80 % der Neurotiker mit Hilfe dieses Fragebogens als solche diagnostiziert werden können, ist die Sicherheit der Aussage hinsichtlich der Erfassung funktionell-neurotischer Störungen sehr groß.

Auf die Verwendung des BFB zur Objektivierung von Veränderungen in der Zeit bei einer Testwiederholung wiesen bereits HÖCK und KÖNIG (1976) hin.

12.1.4. Der Verhaltensfragebogen (VFB) nach HÖCK und HESS (1976)

Dieser Fragebogen ist ein ergänzender psychodiagnostischer Test zum Beschwerdefragebogen, der die neurotische Störung von der Erlebnis- und Verhaltensseite her erfaßt. Er wurde ebenfalls als Screening-Verfahren entwickelt und beleuchtet vorrangig die gestörte Person-Umwelt-Beziehung.

Dieser Fragebogen erfaßt Patientinnen mit funktionellen und neurotischen Störungen über Verhaltensauffälligkeiten, wenn diese nicht bereits im Beschwerdefragebogen (BFB) durch vielfältige Beschwerden aufgefallen sind.

Hohe Testergebnisse deuten mit großer Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen einer neurotischen Störung hin und müssen durch eine anschließende Exploration mit Differentialdiagnostik gesichert werden.

Die 54 Fragen des VFB können zwei Skalen zugeordnet werden, einer Neuroseskala und einer Einstellungsskala. Die Einstellungsskala gibt Auskunft über die subjektive Verzerrung der Ergebnisse beider Testbögen. Darunter fallen insbesondere Dissimulationstendenzen. Darüber hinaus gibt die Einstellungsskala einen Hinweis auf die Einstellung des Patienten zum Testverfahren bzw. zum Arzt.

Die Neuroseskala des VFB erfaßt bei Neurotikern charakteristische Symptome wie Unsicherheit, emotionale Gespanntheit, mangelnde Frustrationstoleranz, mangelnde Umweltbezogenheit, Störung des Selbstbewußtseins und Tendenzen zur Realitätsflucht.

Der Patient beantwortet die Testfragen mit Ja/Nein-Ankreuzungen. Die Auswertung erfolgt mittels Schablone durch getrennte Auszählung der spezifischen Ankreuzungen der Neurosen- und Einstellungsskala. Mit Hilfe des Einstellungs-

wertes wird der Neurosewert korrigiert. Die Zuordnung zu einer der 3 Gruppen: nicht neurotisch (ON), fraglich neurotisch (FN), wahrscheinlich neurotisch (N) erfolgt geschlechtsabhängig durch die Höhe des Neurosenwertes.

Der VFB besitzt eine hohe Diagnostiksicherheit. 88 % der männlichen und 84 % der weiblichen Neurotiker werden über diesen Test erfaßt.

12.1.5. Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) nach ZIEHLKE, KOPF-MEHNERT (1978)

Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens ist ein Fragebogen zur quantitativen Einschätzung der subjektiv wahrgenommenen Veränderung im Erleben und Verhalten. Bei diesem Fragebogen soll eine im Komperativ formulierte Aussage hinsichtlich ihrer Richtigkeit überprüft werden. Der Proband wird aufgefordert, retrospektiv sein Empfinden im Zeitraum vor der Therapie mit dem derzeitigen zu vergleichen. Er hat zunächst die Frage zu klären, ob sich eine Veränderung hinsichtlich der Aussage ergeben hat. Trifft das nicht zu, kreuzt er die "0" an. Hat sich eine Änderung ergeben, muß er entscheiden, ob diese Änderung in der Richtung wie die Aussage steht, d. h. im Plus-Bereich oder in entgegengesetzter Richtung, d. h. im Minus-Bereich erfolgte. Dabei hat der Proband die Möglichkeit, mit 1 (schwach), 2 (mittel) und 3 (stark) eine Skalierung seiner Veränderung auszudrücken. Der Fragebogen gibt Auskunft darüber, in welcher Richtung und mit welcher Stärke sich ein Patient hinsichtlich seines Verhaltens und Erlebens geändert hat.

Negativ gehaltene Formulierungen (14 von 42) erschweren dem Patienten diesen Test und sollen ein gedankenloses Ankreuzen nur auf einer Seite des Testbogens verhindern. Zur Bewertung der Aussagen werden die Antworten in der siebenstufigen bipolaren Ratingskala durch ein entsprechendes Punktsystem bewertet und die Punkte summiert.

Insgesamt wird mit den Items eine bipolare Veränderung des Erlebens und Verhaltens mit den Polen: "Entspannung, Gelassenheit, Optimismus" und "Spannung, Unsicherheit, Pessimismus" erfaßt.

Diese Veränderung bezieht sich auf

1. allg. eine Erlebensweisen (ruhi r, heiterer, freier, schlechter mit sich auskommen)
2. Verhalten in sozialen Situationen (unabhängiger von anderen, ruhiger im Umgang mit anderen, stärkere Isolation, freier s. erleben, s leichter Kontakt aufnehmen)
3. Verhalten und Erleben in Leistungssituationen (eher wissen, was man tun will, Schwierigkeiten gelassener entgegensehen, weniger aufr uer und schneller aufgeben, den Aufgaben nicht mehr gewachsen sein; keine Angst, zu versagen)

Hohe Testwerte bedeuten eine Veränderung in Richtung Entspannung, Gelassenheit, Optimismus; niedrige Testwerte dagegen eine Veränderung in Richtung Spannung, Unsicherheit, Pessimismus.

Von einer positiven Veränderung spricht man bei einer Punktzahl oberhalb 187 Punkten (Irrtumswahrscheinlichkeit p = 5 %).

Eine negative Veränderung dagegen erreicht nur Punktwerte unterhalb 149 Punkten (Irrtumswahrscheinlichkeit p = 5 %).

Zwischen dem Minimalwert (42 Punkte) und dem Maximalwert (294 Punkte) liegt der individuelle Wert des Patienten.

Ein Fragebogen ohne jede Veränderung erreicht eine Punktzahl von 168 Punkten. Kritische Differenzen zum Nachweis statistisch bedeutsamer Veränderungen im VEV gibt die folgende Tabelle an.

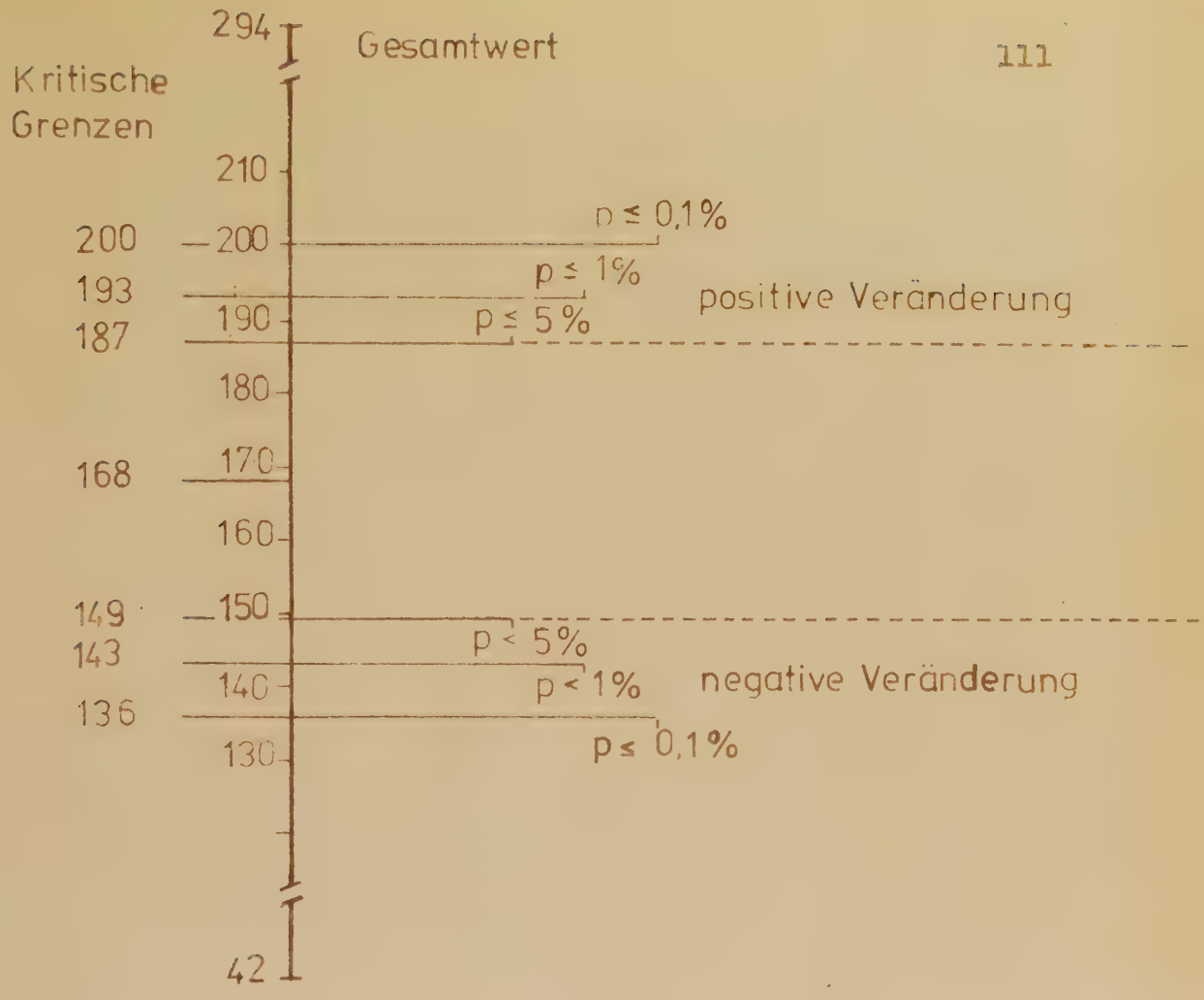


Abb. 12 Veränderungsnormen des VEV

Signifikanzniveau P	Veränderungspunkte über der Nullveränderung (168 Punkte)	Kritische Grenze im Gesamtwert
0,1 %	32	200
1 %	25	193
5 %	19	187
10 %	16	184
	Veränderungspunkte unter der Nullveränderung (168 Punkte)	
0,1 %	32	136
1 %	25	143
5 %	19	149
10 %	16	152

12.1.6. Der Fragespiegel für die Kontrollgruppe

Erhebliche Probleme gab es bei der Aufstellung einer Kontrollgruppe von Patientinnen, die nicht psychotherapeutisch behandelt worden waren.

Es wurden 30 Patientinnen, die durch die Art ihrer Beschwerden auffielen bzw. aufgrund eines Siebtests für eine Psychodiagnostik bzw. Psychotherapie vorgesehen waren, diese aber aus persönlichen Gründen abgelehnt hatten, zu einer Befragung eingeladen.

Die Befragung erfolgte in Gruppen zu 8 - 12 Frauen. Die Fragen wurden vorgelesen und sofort durch die Patientinnen kurz beantwortet. Dauer der Befragung - jeweils 20 Minuten. Der Fragespiegel (Anhang C) umfaßt 38 Fragen, die im wesentlichen den psychiatrischen Katamnesefragebogen entliehen sind. Für Fragen, die einen Vergleich mit einer früheren Lebenszeitraum erforderten, wurde den Patientinnen die Anzahl der Jahre, die sie zurückschauend überblicken sollten, genannt. Diese Zahl der Jahre konnte der Karteikarte entnommen werden, als die ersten Hinweise für eine psychonervale Erkrankung gegeben waren.

12.1.7. Die Sichtlochkarte

Als Instrument zur schnellen optischen Übersichtsauswertung würde das Prinzip der Sichtlochkarte verwendet. Industriell verfügbare Karten besitzen eine zu hohe Felderzahl. Deshalb mußte eine spezielle Sichtlochkarte mit 120 Lochfeldern (Anhang H) für die relativ geringe Patientenzahl entwickelt werden. Auf Kerblochkarten kann bei einem Vergleich beliebiger Fragestellungen kein unmittelbarer chronologischer Zusammenhang abgelesen werden. Anders verhält es sich bei der Sichtlochkarte. Jedes Feld des Netzes wurde konstant einer Patientin zugeordnet. Für jede Antwort wurde eine solche Karte angefertigt, wobei die entsprechende Antwort in dem, der Patientin zugeordnetem Feld gelocht wurde. Wenn man zwei Karten (evtl. auch drei oder vier Karten) übereinanderlegt, sind durch die übereinstimmenden Löcher übereinstimmende Aussagen in der Beantwortung der Fragen ablesbar. Auf diese Weise können Zusammenhänge zwischen den einzelnen Antworten schnell optisch erkannt werden. Für die Vier-Feldertafel zur Berechnung der Signifikanz bilden diese Lochkartennetze eine wertvolle Hilfe. Bei der fortlaufenden Aufführung der Patientinnen entsprechend ihres AT-Kursabschlusses lassen sich zudem,wie oben beschrieben,Aussagen über chronologische Zusammenhänge machen. Damit soll untersucht werden, wie eine bessere Ausbildung des Therapeuten in den Ergebnissen der psychotherapeutisch behandelten Patientinnen ihren Niederschlag findet. Die im Text angegebenen Patienten-Nummern sind identisch mit dem auf der Sichtlochkarte zugeordneten Feld. Es entspricht z. B. die Patienten-Nummer 63 dem dritten Feld in der siebenten Lochzeile.

13. Ergebnisse der katamnestischen Analyse

Die Nachuntersuchten wurden nach verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet. Im Vordergrund stand die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit, die Konsultationshäufigkeit und der Medikamentenverbrauch vor und nach der Therapie. Dieser Teil der Arbeit dient dem Effektivitätsnachweis auf ökonomischer Basis.

Der andere Teil der Arbeit befaßt sich mit der individuellen Einschätzung des physischen und psychischen Wohlbefindens. Dazu gehören Fragen nach Änderungen in den Kontakten zur sozialen Umwelt, zum persönlich empfundenen Angstabbau und zur Konfliktbewältigung. Aus der Sicht des Familienstandes ergab sich folgender Überblick:

Tabelle 3

	Anzahl	%
unverheiratet	5	4,6
verheiratet	91	84,3
geschieden	11	10,2
verwitwet	1	0,9
N	108	100,0

Seit der Therapie ergaben sich folgende Änderungen im Familienstand:

3 geschiedene Frauen gingen die Ehe ein, davon ist eine wieder geschieden.

2 verheiratete Frauen sind inzwischen geschieden.

1 Frau ist verwitwet.

Eine lebt, zwar verheiratet, getrennt von ihrem Mann.

Tabelle 4

Die Nachuntersuchten wurden in Berufsgruppen mit gemeinsamen Tätigkeitsmerkmalen zusammengefaßt.

	Anzahl	%
körperlich Arbeitende mit Facharbeiterabschluß	26	24,1
körperlich Arbeitende ohne Facharbeiterabschluß	8	7,4
Pädagogische Berufe	14	13,0
Sitzende Beschäftigung (Sekretärin, Sachbearbeiterin, Buchhalterin usw.)	58	53,7
Rentnerin (Invalidenrentnerin)	1	0,9
Hausfrau	1	0,9
N	108	100,0

Übersicht über die Anzahl der Geburten

Tabelle 5

Frauen mit	Anzahl	%
0 Geburten	8	7,4
1 Geburt	42	38,9
2 Geburten	36	33,3
3 Geburten	17	15,7
4 Geburten	4	3,7
5 Geburten	1	0,9
N	108	100,0

Eine Geburt war eine Zwillingsgeburt.

Eine Frau hatte ihr einziges Kind im Alter von 3 Jahren durch einen Unfall verloren.

Eine kinderlose Frau hatte ein Pflegekind angenommen.

Zwei Frauen mit 3 Geburten und drei Frauen mit 4 Geburten haben früh ein Kind verloren, so daß nur 2 bzw. 3 Kinder großgezogen wurden.

Die Inanspruchnahme sozialpolitischer Maßnahmen erfolgte im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen, traf aber infolge des relativ hohen Alters der Patientinnen während des AT-Kurses für viele Frauen nicht mehr zu.

Trainieren Sie noch?

Tabelle 6

	Anzahl	%
Ja	79	73,15
Nein	29	26,85
N	108	100,00

Von den 79 Frauen, die mit "Ja" antworteten, trainieren 48 ohne Anlaß und 53 in Belastungssituationen. 22 Patientinnen trainieren sowohl ohne Anlaß als auch in Belastungssituationen.

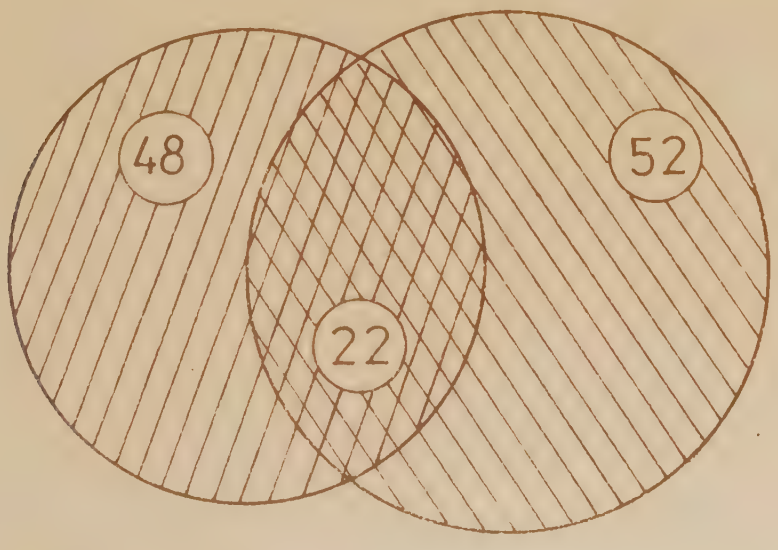


Abb. 13 Verteilung der Trainierenden in Abhängigkeit von Belastungen

Medikamentenkonsum

Der Vergleich des Medikamentenkonsums vor und nach dem Erlernen des AT wurde sowohl in der Summe der Medikamente als auch in der pharmakologischen Wertigkeit des Medikamentes (z. B. Übergang eines Kombinationspräparates in ein einfaches Medikament in der Hypertoniebehandlung) angestellt.

Dabei ergaben sich folgende Antworten:

A. Vergleichszeitraum: vor dem AT/gleich nach dem Erlernen

Tabelle 7

	Anzahl	%
Reduzierung des Medikamentenverbrauchs	71	65,7
Erhöhung des Medikamentenverbrauchs	11	10,2
unverändert	24	22,2
keine Antwort	2	1,9
N	108	100,0

B. Vergleichszeitraum: gleich nach dem AT-Kurs/Nachuntersuchungstermin

Tabelle 8

	Anzahl	%
Reduzierung des Medikamentenverbrauchs	31	28,7
Erhöhung des Medikamentenverbrauchs	37	34,3
unverändert	38	35,2
keine Antwort	2	1,9
	108	100,0

Patienten, die zunächst einen verringerten Arzneimittelverbrauch angaben und im zweiten Beobachtungszeitraum wieder einen Anstieg zeigten (28 Patienten), erreichten in den meisten Fällen nicht den Ausgangsverbrauch von der Zeit vor dem AT (21 Patienten). Nur 7 Patientinnen lagen nach anfänglicher Reduzierung von Medikamenten in ihrem Medikamentenverbrauch zur Zeit der Nachuntersuchung über dem vor dem AT.

Außer diesen 7 Patienten hatten 9 Patienten einen höheren derzeitigen Arzneimittelverbrauch gegenüber dem Verbrauch zu Beginn des AT. 6 von ihnen nahmen sofort nach dem AT unvermindert Medikamente zu sich und hatten ihren Medikamentenkonsum bis zur Nachuntersuchung noch gesteigert.

3 von diesen 9 Patienten zeigten sofort nach dem AT sowie bis zur Nachuntersuchung in noch eine weitere Steigerung ihres Medikamentenverbrauchs.

Arzneimittelverbrauch nach AT höher als vor AT

Tabelle 9

Anzahl der Patienten	1. Beobachtungszeitraum	2. Beobachtungszeitraum	im Vergleich zu vor AT
7	verringert	erhöht	erhöht
6	unverändert	erhöht	erhöht
3	erhöht	erhöht	erhöht
16			

Das [illegible] behandelter Frauen zu Medikamenten soll in einigen ausgewählten Fällen näher beleuchtet werden.

Tabelle 10

Pat. Nr.	Medikamente vor der Therapie	Preis/ Monat	Medikamente nach der Therapie	Preis/ Monat	Medikamente jetzt	Preis/ Monat
6	Ergoffin 10/Monat Aminophenazon 10/Monat Spalttabletten 10/Monat Diphytamin 20/Monat	8,00	-		Aminophenazon 10/Monat	1,10
7	Rudotel 2 x 1 Ergocomb 3 x 1 Faustan 1 x 1 AH_3 2 x 1 Vitamin C 2 x 1	33,75	Rudotel 4/Monat	0,44	-	
9	Valocordin 1 OP/Monat Radepur 1 x 1 Belluse-cal 20/Monat	8,10	Belluse-cal 10/Monat	0,70	Analgin 10/Monat Belluse-cal 10/Monat	2,20
13	Rudotel 40/Monat Radepur 10/Monat Radedorm 10/Monat Valocordin 1 OP/Monat	8,30	-		Baldrianperlen 10/Monat	0,10

Pat. Nr.	Medikamente vor der Therapie	Preis/ Monat	Medikamente nach der Therapie	Preis/ Monat	Medikamente jetzt	Preis/ Monat
40	Copyrcal 20/Monat Rudotel 25/Monat Neo-Secatropin 3 x 1 Faustan 10/Monat	17,20	Neo-Secatropin 15/Monat	1,65	-	
50	Rudotel 3 x 1 Prothazin 3 x 1 Faustan 2 x 1	40,40	-		-	
51	Obsidan 40 2 x 1 Rudotel 1 x 1 Thyreotom 1 x 1	14,30	Obsidan 40 1 x 1 Thyreotom 1 x 1	6,35	Pepsitrat 3 x 1 Vitaferro 3 x 1	5,25
84	Obsidan 100 3 x 1 Rudotel oder Faustan 4 x 1 Dihytamin (3 x 15 Tr.) oder Ergocent 3 x 1 oder Prothazin 3 x 1 Migrätan	98,35	Gesundheitspflegemittel, Multivitaminpräparate, Säfte (Boretsch, Weißdorn) Cholecysmon	ca. 5,00	-	

Bei der letzten Patientin (Nr. 84) handelt es sich um eine funktionell fixierte neurotische Reaktion. Die Patientin hatte, als die psychotherapeutische Behandlung begann, eine noch recht kurze aber intensive Odyssee mit 279 Tagen Arbeitsunfähigkeit bei schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes hinter sich. Sie erlebte neben ihrer eigenen Hilflosigkeit die Ratlosigkeit vieler Ärzte, was, wie sie angab, ihre Krankheit noch verschlimmerte. Der stationären Aufnahme auf einer internen Station zwecks Abklärung ihrer mannigfaltigen Beschwerden folgte die Verlegung in die Bezirksnervenklinik.

Der Kontakt mit der Patientin kam durch 2 Hausbesuche im Rahmen der Nachtbereitschaft kurz vor der stationären Einweisung zustande. Es wurde jeweils ein längeres diagnostisches Gespräch mit ihr geführt. Das Angebot zum Erlernen des Autogenen Trainings nahm sie gleich an, konnte jedoch erst nach der Entlassung aus der Bezirksnervenklinik das dort begonnene Training hier in einer Gruppe erlernen.

Die Patientin war seitdem nicht wieder arbeitsunfähig. Sie nimmt keine Medikamente ein. Die zur Einsicht angeforderte Patientenkarteikarte zeigt keine Konsultationen (außer Routineuntersuchungen in der gynäkologischen Abteilung).

Um eine Übersicht über die Veränderung der Medikamenteneinnahme eines ganzen Kurses zu bekommen, wurde der Arzneimittelkonsum der Frauen des letzten AT-Kurses betrachtet. Die Angaben sind durch die leichtere Nachprüfbarkeit und die zeitliche Nähe zu den Veränderungen relativ unverfälscht durch eventuelle Erinnerungslücken oder ähnliches.

Tabelle 11

Pat. Nr.	Medikamente vor AT	Preis/ Monat	Medikamente gleich nach AT	Preis/ Monat	Medikamente z. Z. der Nachuntersuchung	Preis/ Monat
101	Cordanum 100 2 x 1 Acesal 1 x/Monat Depressan 3 x 1 Neo-Secatropin 2 x 1	33,70	Cordanum 100 2 x 1 Depressan 2 x 1	21,70	Cordanum 50 1 x 1 Depressan 1 x 1	7,10
102	Aescusan 3 x 1 Fucovesin oder Normacol oder Früchtewürfel 1 OP/ Monat	6,45	Aescusan 3 x 1 Normacol 1 OP/ Monat	6,45	Aescusan	4,05
103	Coffetylin 3 - 4 tägl. [illegible]-tropin 1 - 1 Biliton 2 x 1 Phenylbutazon 10/Monat	20,30	Coffetylin 1 - 2 tägl.	2,70	Coffetylin 1 - 2 tägl.	2,70
104	-		-		-	

Pat. Nr.	Medikamente vor AT	Preis/ Monat	Medikamente gleich nach AT	Preis/ Monat	Medikamente z. Z. der Nachuntersuchung	Preis/ Monat
105	Ahanon 2 x 1 Tavegyl 1 x 1	19,05	Ahanon 1 x 1	4,35	Ahanon 1 x 1	4,35
106	Neuranidal 5/Monat Ketazon 3/Monat	1,20	Neuranidal 5/Monat Ketazon 3/Monat	1,20	Neuranidal 5/Monat Ketazon 3/Monat	1,20
107	Titretta 2 x 1 oder Copyrkal 3 x 1	10,40	Aescusan 3 x 1	4,05	Aescusan Cholo-plant 50/Monat Curigeran 50/Monat	13,05
108	-		-		Ergocomb 2 x 1	7,35
	Insgesamt	91,10		40,25		39,60

- Arbeitsunfähigkeit (AU)

Bei der Beurteilung der AU-Tage wurde die durchschnittliche AU-Zeit pro Jahr nach dem AT-Kurs-Ende der durchschnittlichen AU-Zeit pro Jahr vor dem AT-Kurs gegenübergestellt. Durch Eintritt ins Rentenalter, Schwangerschaftsurlaub und Frei stellung nach der Geburt, vorübergehende oder anhaltende Aufgabe der Berufstätigkeit konnten über das Verhalten der Arbeitsunfähigkeit bei 8 Patientinnen keine Vergleichszahlen angaben gemacht werden. Darunter fallen auch 3 Patienten, die weder vor der Behandlung noch nachdem arbeitsunfähig waren.

Vergleichbar sind somit 100 Patienten (100 = n).

Tabelle 12

	Anzahl	%
AU gesenkt	54	54,0
AU erhöht	46	46,0
n	100	100,0

Die Arbeitsunfähigkeit, aufgeschlüsselt auf die 100 Patienten pro Jahr ergibt eine durchschnittliche Senkung der AU von 2 Tagen pro Patient pro Jahr.

In den 100 vergleichbaren Nachuntersuchten sind 4 Frauen enthalten, die auf Grund der Krankheit, die zur Arbeitsunfähigkeit führte, aus der zu vergleichenden Patientengruppe herausfallen.

Im einzelnen handelt es sich dabei um

1. eine Patientin (Nr. 36) mit einer chronischen Herzinsuffizienz, die lange Zeit arbeitsunfähig war, ehe die Invalidität eintrat.
2. eine Patientin (Nr. 79), die im Beobachtungszeitraum nach dem Erlernen des AT einen Herzinfarkt erlitt.
3. eine Patientin (Nr. 83) mit einer schweren primären Fehlentwicklung, die im Laufe vieler Jahre ohne eine adäquate Therapie ihrem neurotischen Leiden in Form vieler funktioneller Störungen Ausdruck verleiht.
4. und eine Patientin (Nr. 85), die sich einer gynäkologischen Operation unterziehen mußte.

Tabelle 13

	AU-Tage vor AT	AU-Tage nach AT	Beobachtungszeitraum (Jahre)	$\bar{x}$ AU-Tage pro Jahr vor AT	$\bar{x}$ AU-Tage pro Jahr nach AT
1	84	397	4	21,0	99,2
2	42	225	2	21,0	112,5
3	31	117	1	31,0	117,0
4	25	166	1	25,0	166,0

Nach Eliminierung der AU-Zeiten dieser 4 Patientinnen aus der Gesamt-AU-Zeit ergibt sich eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 23,6 Tagen pro Patient pro Jahr vor der Therapie. Dem steht eine Arbeitsunfähigkeit von 17,4 Tagen pro Patient pro Jahr nach der Therapie gegenüber. Das heißt, es kam bei 96 Patientinnen zu einer durchschnittlichen Senkung der AU von 6,2 Tagen pro Patient pro Jahr.

- Konsultationszahlen

Bei der Einschätzung der Konsultationszahlen vor und nach dem AT mußte wie bei der Beurteilung der AU der gleiche Zeitraum vor und nach der Behandlung verglichen werden. Durch Arztwechsel oder erhebliche Mitbehandlung durch andere Fachärzte konnten 27 Patienten nicht für eine vergleichsweise Einschätzung herangezogen werden. In dieser Zahl sind außerdem 4 Patienten enthalten, deren Konsultationshäufigkeit unverändert war.

Über die verbleibenden 61 Frauen kann folgende Aussage gemacht werden (n = 81):

Tabelle 14

	Anzahl	%
Konsultationshäufigkeit gesenkt	61	75,3
Konsultationshäufigkeit erhöht	20	24,7
n	81	100,0

Betrachtet man die Gesamtkonsultationen im Verhältnis von vor AT : nach AT, ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 15

Vergleichszeitraum (Jahre)	Anzahl der Patienten	Konsultationen insgesamt vor AT	nach AT	Reduktion der Konsultationen absolut	pro Jahr
5	4	146	49	- 97	- 19,4
4	26	931	773	- 158	- 39,5
3	18	485	440	- 45	- 15,0
2 1/2	5	59	46	- 13	- 5,2
2	14	228	133	- 95	- 47,5
1	14	139	81	- 58	- 58,0
	81	1988	1522	- 466	- 184,6

Die durchschnittliche Senkung der Konsultationszahlen beträgt 2,28 Konsultationen/Patientin/Jahr.

- Die Fragebögen (BFB, VFB)

Am Anfang der psychotherapeutischen Tätigkeit stand für die Diagnostik der Patienten der Staatlichen Arztpraxis [illegible] Die Einführung der beiden Fragebögen BFB und VFB nach HÖCK und HESS (1975, 1976) [illegible] liegen [illegible] die ersten Patientinnen keine vergleichbaren Testunterlagen vor. 17 von 108 Nachuntersuchten können demzufolge nicht für den Vergleich der Tests nach der Therapie herangezogen werden. Für 91 Patienten ergibt sich folgender Überblick: (n = 91)

Tabelle 16 BFB und VFB vor der Therapie

	BFB	%	VFB	%
ON	36	39,6	29	31,9
FN	22	24,2	21	23,1
N	33	36,3	41	45,1
n	91	100,0	91	100,0

Zur Nachuntersuchung hatte sich dieses Bild bei den gleichen Patienten folgendermaßen verändert:

Tabelle 17 BFB und VFB nach der Therapie

	BFB	%	VFB	%
ON	46	50,5	55	60,4
FN	23	25,3	16	17,6
N	22	24,2	20	22,0
n	91	100,0	91	100,0

Da zur Nachuntersuchung alle Patienten, also auch die 17, die in den vorigen Vergleich nicht eingegangen sind, den BFB und VFB ausgefüllt haben, zeigten zum Nachuntersuchungszeitpunkt die 108 Patienten folgendes Profil:

Tabelle 18

	BFB	%	VFB	%
ON	55	50,9	66	61,1
FN	29	26,9	19	17,6
N	24	22,2	23	21,3
N	108	100,0	108	100,0

Erstaunlich ist die Übereinstimmung der prozentualen Verteilung in den beiden Tabellen nach der Therapie gegenüber der prozentualen Verteilung der Patienten im BFB und VFB vor der Therapie.

Es ergaben sich insgesamt 30 Veränderungen im BFB in Richtung ON und 10 Veränderungen in Richtung N. Im VFB gab es 39 Verbesserungen in Richtung ON und 9 Verschlechterungen in Richtung N.

Tabelle 19

	BFB	%	VFB	%
verbessert	30	33,0	39	42,9
verschlechtert	10	11,0	9	9,9
unverändert	51	56,0	43	47,3
n	91	100,0	91	100,1

- Ergebnisse des Katamnesefragebogen nach BECK

Frage 1: Leiden Sie noch an den gleichen körperlichen oder psychischen Beschwerden, deretwegen Sie hier psychotherapeutisch behandelt wurden?

Tabelle 20

	Anzahl	%
Nein	57	52,8
Ja	49	45,4
Keine Antwort	2	1,9
N	108	100,1

Frage 2: Sind seit Behandlungsabschluß hier neue körperliche oder psychische Beschwerden oder Erkrankungen aufgetreten?

Tabelle 21

	Anzahl	%
Nein	72	66,7
Ja	35	32,4
Keine Antwort	1	0,9
N	108	100,1

Frage 3: Wenn ja, welche?

Von den 35 Frauen, die das Auftreten neuer Beschwerden oder Erkrankungen angaben, wurden folgende Angaben gemacht:

Aufgetreten sind: Allergie, Kopfschmerzen (3x) Wechselbeschwerden (Blutungen), Ischialgien (3x), gehäufte Erkältungen (4x), Herzbeschwerden, Haarausfall, Zahnschmerzen, Wetterfühligkeit, Colitis, Diabetes mellitus, Unterleibsbeschwerden mit nachfolgender Operation, Kniebeschwerden, Venenentzündungen, Magenschmerzen (2x), Herzinsuffizienz, Kollapsneigung, Duodenalulcera mit nachfolgender Operation, Gallenbeschwerden, Herzinfarkt, Zittern am ganzen Körper, Leibbeschwerden, Nervosität, Mammatumor, Unfall, Krämpfe im linken Bein, Bluthochdruck, Überlastungsbeschwerden am Ellenbogengelenk, WS-Beschwerden.

Frage 4: Waren Sie in der Zwischenzeit in ärztlicher Behandlung?

Tabelle 22

	Anzahl	%
Ja	86	79,6
Nein	21	19,4
Keine Antwort	1	0,9
N	108	100,0

Frage 6: Waren diese Behandlungen wegen der gleichen Leiden wie hier erforderlich?

Tabelle 23

	Anzahl	%
Ja	34	31,5
Nein	73	67,6
Keine Antwort	1	0,9
N	108	100,0

In den 73 Nein-Antworten sind die 21 Nein-Antworten der vorigen Frage enthalten.

Frage 9: Hat sich in Ihrem Erleben oder Verhalten nach der Behandlung hier etwas geändert?

Ausschließlich positive Änderungen gaben 55 Patienten an.

Tabelle 24

	Anzahl	%
Ja	55	50,9
Nein	50	46,3
Keine Antwort	3	2,8
N	108	100,0

Frage 10: Wenn ja, was?

Es wurden teilweise bis zu 3 Veränderungen angegeben.
Im einzelnen wurden genannt:
ruhiger geworden (27x), ausgeglichener (11x), sicherer (2x)
weniger aggressiv, weniger aufgeregt, weniger gehetzt
beherrschter, weniger sensibel
optimistischer, sachlicher, gleichgültiger (3x)
leichtere Bewältigung der Probleme
bessere Überwindung von Konflikten
Steuerung des Verhaltens jetzt möglich
Verringerung bzw. Beseitigung von Insuffizienzgefühlen
prophylaktische Regulierung
kurzzeitige Ruhigstellung
psychische Belastung ließ nach
andere Einstellung zur Krankheit
Besserung von Schlafstörungen
bessere Realisierung eigener Ansprüche
mehr Selbstsicherheit, mehr Selbstvertrauen, mehr Selbstbewußtsein (3x)
Gelassenheit (4x), ausgeglicheneres Verhalten

weniger Herzschmerzen, keine Kreislaufstörungen mehr
kein Beben des Körpers mehr, weniger Migräne

Frage 11: Hat Ihre Umgebung (Familie, Arbeitskollegen) eine Änderung bemerkt?

Tabelle 25

	Anzahl	%
Ja	32	29,6
Nein	73	67,6
Keine Antwort	3	2,8
N	108	100,0

Frage 12: Finden Sie Ihr Leben seit der Behandlung hier befriedigender/unverändert/weniger befriedigend?

Tabelle 26

	Anzahl	%
befriedigender	53	49,1
unverändert	48	44,4
weniger befriedigend	3	2,8
keine Antwort	4	3,7
N	108	100,0

Frage 13: Falls Sie Schwierigkeiten im Zusammenleben
a) mit der Familie hatten, wurden diese nach der Behandlung hier größer/unverändert/kleiner?

Tabelle 27

	Anzahl	%
kleiner	31	28,7
unverändert	71	65,7
keine Antwort	6	5,6
N	108	100,0

b) mit den Berufskollegen hatten, wurden diese nach der Behandlung hier größer/unverändert/ kleiner?

Tabelle 28

	Anzahl	%
kleiner	24	22,2
unverändert	78	72,2
keine Antwort	6	5,6
N	108	100,0

In der Spalte "unverändert" sind auch diejenigen Patienten enthalten, die angaben, sowohl vor der Behandlung als auch jetzt keine Probleme zu haben.

Frage 14: Hat sich in Ihrer Familie oder in Ihrem Berufsleben etwas Wesentliches geändert?

Tabelle 29

	Anzahl	%
Ja	29	26,9
Nein	77	71,3
Keine Antwort	2	1,9
N	108	100,0

Frage 15: Hat die Behandlung zu einer Besserung geführt?

Tabelle 30

	Anzahl	%
Ja	73	67,6
Nein	30	27,8
Keine Antwort	5	4,6
N	108	100,0

Frage 16: Fühlen Sie sich seither wohler und sicherer?

Tabelle 31

	Anzahl	%
Ja	75	69,4
Nein	28	25,9
Keine Antwort	5	4,6
N	108	100,0

Frage 17: Werden Sie im allgemeinen seit der Behandlung mit Ihren inneren und äußeren Konflikten besser fertig?

Tabelle 32

	Anzahl	%
Ja	73	67,6
Nein	28	25,9
Keine Antwort	5	4,6
Keine Konflikte	2	1,9
N	108	100,0

Frage 18: Sind Sie im allgemeinen seither mit sich und Ihrer Art zufrieden?

Tabelle 33

	Anzahl	%
Ja	73	67,6
Nein	30	27,8
Keine Antwort	5	4,6
	108	100,0

Frage 19: Was war in der Therapie das Hilfreiche?

Mit der Analyse der Antworten auf diese Frage lassen sich wesentliche positive Effekte durch Psychotherapie herausstellen. Sie betrafen vor-

rangig subjektive Allgemeingefühle. Es wurde z. B. von 42 Patientinnen geäußert, daß für sie das Finden der Ruhe das Hilfreiche an der Therapie war. Abstandgewinnung (9x), Entspannung (7x), abschalten können (4x) sind andere Formulierungen, die die Relaxation ausdrücken. Eine Frau äußerte: "Früher war ich nie entspannt." Eine andere Frau erlebt die Entspannung am ganzen Körper als das Hilfreiche für sie.

Das Erlernen des AT an sich schätzten 10 Patienten als das Hilfreiche ein.

Besserung der körperlichen Symptomatik standen bei anderen Beurteilungen im Vordergrund, z. B. Besserung der Migräne (2x), Besserung von Schlafstörungen (9x), Besserung des ganzen Allgemeinbefindens (2x), keine Koliken mehr Beschwerdeverringerung oder Abbau von Beschwerden (2x)
Eine Patientin äußerte in diesem Zusammenhang, daß es ein Fehler war, mit dem täglichen Autogenen Training aufzuhören.

Eine Änderung psychischer Symptome kam zum Ausdruck in den Äußerungen:
Ich habe Angstgefühle und Beklemmungen verloren.
Ich bin ausgeglichener bzw. gleichgültiger.
Ich kann meine Angst ändern.

Andere Frauen schätzten als das Hilfreiche an der Therapie die Gemeinsamkeit in der Gruppe (4x), die Gruppenatmosphäre, die Gespräche in der Gruppe (9x), das Erkennen von Problemen und eine positivere Einstellung dazu, das offene Reden über Probleme (2x).

Wie das im täglichen Leben zum Tragen kommt, dokumentieren folgende Einschätzungen, die als hilfreich erlebt wurden:
Ich bin den täglichen Anforderungen besser gewachsen. In schweren Situationen handle ich ruhig, überlegt, optimistisch.
Die Ausdauer ist erhöht. Selbstkontrolle gelingt jetzt, Belastungen werden besser ertragen. Ich genieße die Erholung.
Jeder kann sich nur selbst helfen; mit einigem muß man sich abfinden.
Unebenheiten des Lebens werden besser verkraftet.
Ich nehme weniger Medikamente ein.
Sich sammeln können und sich besinnen können.
Mit AT eine Lebenskrise besser bewältigt.
Mit der Zusatzformel schaffe ich alles Schwere.

Eine Ich-Stärkung haben Patienten durch die Therapie erfahren, die folgendes äußerten:

Ich bin meinen Beschwerden nicht hilflos ausgeliefert. Ich bin nicht allein mit meinen Problemen (3x), oder andere haben die gleichen Probleme (3x). Ich kann jetzt etwas gegen meine Beschwerden tun (4x).

Ansätze zur Persönlichkeitsveränderung, wie von DI POL und HASSCHILD (197[illegible]) beschrieben, kommen in den Äußerungen zum Ausdruck:

Besserung von Durchsetzungsschwierigkeiten
Hebung des Selbstbewußtseins
Erlangen von Selbstsicherheit
Selbstkritischere Einstellung

Bei der Frage nach dem Hilfreichen in der Therapie nehmen folgende Äußerungen Bezug auf den Therapeuten:
Das Hilfreiche war:
die persönliche Anleitung durch den Therapeuten, das Gespräch (das diagnostische Gespräch) mit dem Thera-

peuten (2x)
die ruhige Art des Therapeuten (2x)
das große Vertrauen zum Arzt (2x) und zur Methode
das Training beim Therapeuten
das Versprechen des Therapeuten und einer Teilnahme.

Wie eine Patientin das AT als Fluchtmöglichkeit vor Problemen mißbraucht, charakterisiert folgende Mitteilung:
In unangenehmen Situationen und bei Hektik denke ich an Ruhe und an schöne Dinge, z. B. schöne Landschaft. Das schlechte Erlebnis wird dabei viel kleiner.
GÖTH et al. (1980) wiesen auf die Realitätsflucht in den hypnoiden Zustand in unangenehmen Situationen des täglichen Lebens als negativen Psychotherapie-Effekt hin.
Die wenigen negativen Äußerungen kann man wie folgt zusammenfassen:
Das AT hat mir nicht geholfen (2x).
Ich bin vom AT nicht überzeugt.
Ich kann daran nichts Hilfreiches finden.
Ich bin zwar ruhiger geworden, aber ich habe mir mehr versprochen.
Gute Erfolge hatte ich nur am Anfang.
Eine Patientin antwortete auf diese Frage gar nicht.

Frage 20: Hat sich Ihre berufliche Stellung verbessert/nicht geändert/verschlechtert?

Tabelle 34

	Anzahl	%
verbessert	24	22,2
unverändert	78	72,2
verschlechtert	1	0,9
ohne Vergleich	3	2,8
keine Antwort	2	1,9
[illegible]	[illegible]	[illegible]

Frage 21 - 26: Es handelt sich um 6 Fragen, die die Kontakte bzw. die emotionale Bewertung des Umgangs mit Personen der unmittelbaren Umgebung betreffen.

Frage 21: Ist der Umgang mit Vorgesetzten seit der Behandlung

Frage 22: Ist der Umgang mit Kollegen

Frage 23: Ist der Umgang mit Unterstellten seither

weniger schwierig/unverändert/schwieriger?

Frage 24: Wurde der Kontakt zum Partner

Frage 25: Hat sich im sexuellen Bereich etwas

Frage 26: Wurde der Kontakt zu den Kindern

besser/unverändert/schlechter?

Diese Fragen wurden in ihrer Gesamtheit beurteilt. Eine Änderung in positiver oder negativer Richtung wurde nicht als Änderung dokumentiert. Erst ab 2 Änderungen erfolgte die Bewertung in Richtung verbessert, unverändert oder verschlechtert.

Tabelle 35

	Anzahl	%
verbessert	33	30,6
unverändert	72	66,7
verschlechtert	1	0,9
keine Antwort	2	1,8
N	108	100,0

Frage 27: Trat eine Änderung im Familienstand ein?

7 Patientinnen antworteten mit Ja.

Frage 28: Wenn ja, welche?

Eine geschiedene Frau heiratete und ließ sich wieder scheiden.
Zwei geschiedene Frauen heirateten.

Zwei verheiratete Frauen ließen sich scheiden.
Eine verheiratete Frau wurde Witwe.
Eine verheiratete Frau lebt z. Z. getrennt von ihrem Mann.

Frage 29: Ergaben sich zu sonstigen Mitmenschen Veränderungen?

Tabelle 36

	Anzahl	%
Ja	17	15,7
Nein	88	81,5
Ohne Antwort	3	2,8
N	108	100,0

Frage 30: Ist seit der Behandlung Ihre Belastbarkeit größer/unverändert/geringer?

Tabelle 37

	Anzahl	%
größer	29	26,9
unverändert	67	62,0
geringer	9	8,3
ohne Antwort	3	2,8
N	108	100,0

Frage 31: Neigen Sie noch dazu, zu viele Pflichten zu übernehmen?

Tabelle 38

	Anzahl	%
Ja	43	39,8
Nein	62	57,4
Keine Antwort	3	2,8
N	108	100,0

Frage 32: Erleben Sie Ihre Freizeit
befriedigender/unverändert/weniger befriedigend?

Tabelle 39

	Anzahl	%
befriedigender	40	37,0
unverändert	56	51,9
weniger befriedigend	8	7,4
keine Antwort	4	3,7
N	108	100,0

Frage 33: Haben Sie neue Hobbys?

Tabelle 40

	Anzahl	%
Ja	18	16,7
Nein	85	78,7
Keine Antwort	5	4,6
N	108	100,0

Im einzelnen handelt es sich bei den neuen Hobbys um Handarbeiten, Knüpfen, Klavierspiel, Musik, Kunst, Nähen, Gartenarbeit und Jagd.

Frage 34: Sind Sie nach der Behandlung neuen Organisationen oder Clubs usw.
beigetreten/wie vorher/ausgetreten?

Tabelle 41

	Anzahl	%
beigetreten	13	12,0
ausgetreten	3	2,8
wie vorher	90	83,3
keine Antwort	2	1,9
N	108	100,0

Im einzelnen handelt es sich bei den Antworten "beigetreten" um Zirkel, Club, Sportgemeinschaft, Volkssolidarität, DFD und LDPD.

Frage 35: Das Ergebnis der Psychotherapie war gut/mäßig/schlecht.

Tabelle 42

	Anzahl	%
gut	71	65,7
mäßig	30	27,8
schlecht	3	2,7
keine Antwort	4	3,7
N	108	100,0

Frage 36: Würden Sie auf Grund Ihrer Erfahrung die Psychotherapie anderen Menschen empfehlen?

Tabelle 43

	Anzahl	%
Ja	83	76,9
Je nachdem	23	21,3
Nein	1	0,9
Keine Antwort	1	0,9
N	108	100,0

Frage 37: Wie war Ihre Beziehung zum Therapeuten?

Tabelle 44

	Anzahl	%
gut	93	86,0
neutral	12	11,1
wechselhaft	1	0,9
keine Antwort	2	1,9
N	108	100,0

- Ergebnisse der Kontrollgruppe

Die 30 Frauen hatten ein Durchschnittsalter von 43,8 Jahren.

Übersicht über den Familienstand

Tabelle 45

	Anzahl	%
unverheiratet	2	6,7
verheiratet	25	83,3
geschieden	3	10,0
N	30	100,0

Übersicht über die Anzahl der Geburten

Tabelle 46

	Anzahl	%
Keine Kinder	9	30,0
1 Kind	9	30,0
2 Kinder	7	23,3
3 Kinder	4	13,3
5 Kinder	1	3,3
N	30	100,0

Übersicht über den Medikamentenverbrauch

Tabelle 47

	Anzahl	%
kleiner	14	46,7
unverändert	10	33,3
höher	6	20,0
N	30	100,0

Frage 7: Hat sich in diesen Jahren etwas Wesentliches geändert?

Tabelle 48

	Anzahl	%
Ja	9	30,0
Nein	21	70,0
N	30	100,0

Als wesentliche Änderung wurde angegeben:

größere Wohnung (1x), Oma geworden (3x), Arbeitsplatzwechsel (2x), Berufswechsel des Ehemannes (1x), Berufsänderung (1x), Scheidung (1x).

Frage 8: Sind Sie im allgemeinen mit der Behandlung in unserer medizinischen Einrichtung zufrieden?

Tabelle 49

	Anzahl	%
Ja	29	96,7
Keine Antwort	1	3,3
N	30	100,0

Frage 9: Wünschten Sie eher etwas mehr Interesse von seiten des medizinischen Personals für psychische Belange?

Tabelle 50

	Anzahl	%
Ja	2	6,7
Nein	26	86,7
Keine Antwort	2	6,7
N	30	100,0

Frage 10: Wie würden Sie Ihr Verhältnis zur Ärztin einschätzen?

Tabelle 51

	Anzahl	%
gut	12	40,0
neutral	12	40,0
wechselnd	3	10,0
keine Antwort	3	10,0
N	30	100,0

Frage 11: Sind Sie zur Zeit noch bei anderen Ärzten in Behandlung?

Wenn man von - bis zu 2 - Konsultationen beim Gynäkologen im Jahr absieht, befinden sich 5 Patienten in anderen Fachabteilungen in Mitbehandlung (Radiologie - 1x, Augenarzt - 1x, Internist - 1x, Orthopäde - 2x, Hautarzt - 1x).

Frage 12: Finden Sie Ihr Leben in den letzten Jahren befriedigender/unverändert/weniger befriedigend?

Tabelle 52

	Anzahl	%
befriedigender	14	46,7
unverändert	9	30,0
weniger befriedigend	7	23,3
N	30	100,0

Frage 13: Sind in den letzten Jahren Schwierigkeiten mit der Familie
größer/unverändert/kleiner geworden?

Tabelle 53

	Anzahl	%
größer	4	13,3
unverändert	17	56,7
kleiner	8	26,7
keine Antwort	1	3,3

Frage 14: Sind in den letzten Jahren Schwierigkeiten mit Berufskollegen größer/unverändert/kleiner geworden?

Tabelle 54

	Anzahl	
größer	1	3,3
unverändert	25	83,3
kleiner	2	6,7
keine Antwort	2	6,7
N	30	100,0

Frage 15: Hat die Behandlung in unserer Einrichtung zu einer Besserung geführt?

Tabelle 55

	Anzahl	%
Ja	24	80,0
Nein	6	20,0
N	30	100,0

Frage 16: Fühlen Sie sich in den letzten Jahren wohler als davor?

Tabelle 56

	Anzahl	%
Ja	12	40,0
Nein	17	56,7
Keine Antwort	1	3,3
N	30	100,0

Frage 17: Worden Sie im allgemeinen in den letzten Jahren mit Ihren inneren und äußeren Konflikten besser fert...

Tabelle 57

	Anzahl	%
Ja	19	63,3
Nein	7	23,3
Keine Antwort	4	13,3
N	30	100,0

Frage 18: Sind Sie im allgemeinen seit den letzten Jahren mit sich und Ihrer Art zufrieden?

Tabelle 58

	Anzahl	%
Ja	13	43,3
Nein	14	46,7
Keine Antwort	3	10,0
N	30	100,0

Frage 19: Ist der Umgang mit Vorgesetzten weniger schwierig/unverändert/schwieriger?

Tabelle 59

	Anzahl	%
weniger schwierig	5	16,7
unverändert	23	76,7
Keine Antwort	2	6,7
N	30	100,0

Frage 20: Ist der Umgang mit Kollegen weniger schwierig/unverändert/schwieriger?

Tabelle 60

	Anzahl	
weniger schwierig	5	16,7
unverändert	24	80,0
schwieriger	1	3,3

Frage 21: Ist der Umgang mit Unterstellten weniger schwierig/unverändert/schwieriger?

Tabelle 61

	Anzahl	%
weniger schwierig	3	10,0
unverändert	27	90,0
N	30	100,0

Frage 22: Wurde der Kontakt zum Partner besser/unverändert/schlechter?

Tabelle 62

	Anzahl	%
besser	10	33,3
unverändert	15	50,0
keine Antwort	3	10,0
Antwort entfällt	2	6,7
N	30	100,0

Frage 23: Wurde der Kontakt zu den Kindern besser/unverändert/schlechter?

Tabelle 63

	Anzahl	%
Frage entfällt	5	16,7
besser	3	10,0
schlechter	1	3,3
unverändert	17	56,7
keine Antwort	4	13,3
N	30	100,0

Frage 24: Hat sich im sexuellen Bereich etwas verbessert/nicht geändert/verschlechtert?

Tabelle 64

	Anzahl	%
verbessert	4	13,3
unverändert	19	63,3
verschlechtert	3	10,0
keine Antwort	1	3,3
Frage entfällt	3	10,0
N	30	100,0

Die Fragen 19 - 24 erfassen die Kontakte im sozialen Bereich. Diese Fragen wurden in ihrer Gesamtheit beurteilt. Eine Änderung in positiver oder negativer Richtung wurde nicht als Änderung dokumentiert. Erst ab 2 Änderungen erfolgte eine Bewertung in Richtung verbessert/unverändert/verschlechtert.

Tabelle 65

Kontakte	Anzahl	%
verbessert	7	23,3
unverändert	23	76,6
N	30	100,0

Frage 25: Ist Ihre Belastbarkeit größer/unverändert/geringer?

Tabelle 66

	Anzahl	%
größer	4	13,3
unverändert	13	43,3
geringer	13	43,3
N	30	100,0

Frage 26: Neigen Sie noch dazu, zu viele Pflichten zu übernehmen?

Tabelle 67

	Anzahl	%
Ja	16	53,3
Nein	14	46,7
N	30	100,0

Frage 27: Erleben Sie Ihre Freizeit befriedigender/ unverändert/weniger befriedigend?

Tabelle 68

	Anzahl	%
befriedigender	11	36,7
unverändert	15	50,0
weniger befriedigend	4	13,3
N	30	100,0

Frage 28: Haben Sie neue Hobbys?

Tabelle 69

	Anzahl	%
Ja	8	26,7
Nein	22	73,3
N	30	100,0

Als neue Hobbys wurden genannt: Kochen (1x), Gartenarbeit (2x), Handarbeit (4x), Schallplatten (1x), Kegeln (1x).

Frage 29: Sind Sie in den letzten Jahren neuen Organisationen beigetreten/ausgetreten/wie vorher?

Tabelle 70

	Anzahl	%
beigetreten	1	3,3
wie vorher	28	93,3
ausgetreten	1	3,3
N	30	100,0

14. Diskussion

14.1. Diskussion der Patientenauswahl

Wenn man die vorliegenden Ergebnisse betrachtet, stellt sich die Frage, inwieweit diese Ergebnisse verallgemeinert werden können. Aus diesem Grund wurde ein Vergleich der nachuntersuchten Patientengruppe mit allen weiblichen Patienten der Stadtlichen Arztpraxis im Alter von 25 - 60 Jahren hinsichtlich ihrer Altersstruktur angestellt.

Parallel dazu wurde eine Kontrollgruppe unbehandelter Patienten mit der gleichen Gesamtgruppe verglichen.

Tabelle 71

Altersgruppen	Gesamtgruppe		Nachuntersuchungsgruppe		Kontrollgruppe	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
25 bis unter 30	105	14,2	6	5,6	3	10,0
30 bis unter 35	82	11,1	13	12,0	3	10,0
35 bis unter 40	119	16,1	38	35,2	4	13,3
40 bis unter 45	164	22,3	25	23,1	5	16,7
45 bis unter 50	107	14,5	13	12,0	6	20,0
50 bis unter 55	83	11,3	9	8,3	5	16,7
55 bis unter 60	77	10,4	4	3,7	4	13,3
	737	100,0	108	100,0	30	100,0

Es können folgende Aussagen gemacht werden:

1. Die Patienten der Gesamtgruppe sind nicht gleichmäßig auf die Altersklassen verteilt.

   sss ($chi^2 = 23,58$)+

+ Signifikanzniveau: Irrtumswahrscheinlichkeit

Hochsignifikant	(sss):	p = 0,001	≙ 0,1 %
Signifikant	(ss) :	p = 0,01	≙ 1,0 %
signifikant	(s) :	p = 0,05	≙ 5 %
nicht signifikant	(ns):	p = 0,05	5 %

2. Die Patienten der Nachuntersuchungsgruppe sind ebenfalls nicht gleichmäßig auf die Altersklassen verteilt.

   sss (chi^2 = 24,78)

3. Die Patienten der Kontrollgruppe sind gleichmäßig auf die Altersklassen verteilt.

   sss (chi^2 = 0,87)

4. Wenn man die beiden ersten Gruppen miteinander vergleicht, dann ist eine ungleichmäßige Verteilung der Altersklassen festzustellen.

   sss (chi^2 = 29,52)

5. Wenn man die Patienten der Nachuntersuchungsgruppe mit der jeweils fünf Jahre älteren Altersgruppe der Grundgesamtheit vergleicht, ergibt sich eine signifikante Übereinstimmung aller Altersgruppen.

   Auch bei HESS und KASTEN (1983) liegt der Gipfel in der Altersverteilung bei psychotherapeutisch Behandelten gegenüber anderen Patienten fünf Jahre früher und deckt sich mit dem Gipfel der Altersverteilung der DDR-Durchschnittsbevölkerung.

   Diese Differenz ist möglicherweise durch die Tendenz, aus Effektivitätsgründen eher den jüngeren Patienten zu therapieren, bedingt. Unter diesen Bedingungen entstammt die Stichprobe der Nachuntersuchungsgruppe der gleichen Grundgesamtheit.

   Die Hypothese der Homogenität kann nicht widerlegt werden.

   sss (chi^2 = 13,02) (SACHS 1969)

Der Überblick über den Familienstand in Nachuntersuchungs- und Kontrollgruppe ergibt eine auffällige Übereinstimmung bei der prozentualen Verteilung in den einzelnen Kategorien.

Tabelle 72

	Nachuntersuchungsgruppe		Kontrollgruppe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
unverheiratet	5	4,6	2	6,7
verheiratet	91	84,3	25	83,3
geschieden	11	10,2	3	10,0
verwitwet	1	0,9	-	-
N	108	100,0	30	100,0

n.s. (chi^2 = 0,19)

STROTZKA (1969) gibt bei den Frauen das Verhältnis der verheirateten zu den ledigen mit 55 : 32 an. Dieses Verhältnis kann durch die vorliegende Arbeit nicht bestätigt werden.

Nur 31,5 % der Übergewichtigen gehörten körperlich arbeitenden Berufstätigen an, wobei 3/4 einen Facharbeiterabschluß besaßen. Dagegen zählten 2/3 aller nachuntersuchten Frauen (6,7) zu Berufen, die überwiegend höheren psychischen Belastungen, dagegen geringeren körperlichen Beanspruchungen ausgesetzt waren. Dieses Verhältnis von Arbeitern zu Angestellten von 1 : 3 findet bei STROTZKA (1969) keine Bestätigung. Er gibt das Verhältnis mit 36 : 28 allerdings mit einer Tendenz 1967 zugunsten der Erhöhung des Anteils der Angestellten an. Anscheinend besitzen vorwiegend körperlich Arbeitende [illegible] bei vorwiegend geistig arbeitenden Menschen die Möglichkeit, emotionelle Spannungen durch körperliche Aktivitäten abzubauen.

Es gilt also, den Personenkreis, der nicht diese Möglichkeit hat, auch in Zukunft höhere Beachtung zu schenken, zumal 13 % der nachuntersuchten Patienten pädagogischen Berufen angehörten. Lehrer und Erzieher haben in unserer Gesellschaft in vielfältiger Hinsicht bei der Erziehung

und Bildung unserer Kinder und Jugend eine Schlüsselstellung ein. Auf die Gefährdung des Lehrers durch mannigfaltige Belastungen in seinem Beruf wies bereits SZEWCZYK (1968) hin. Dieser Personenkreis ist durch hohe psychische Anforderungen an das Sozialverhalten Leitungskadern zu vergleichen, bei denen deutlich häufiger neurotisch-funktionelle Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes im Vorfeld klinischer Befunde zu verzeichnen sind. (SCHUFT 1983). Neben der Erfassung von funktionell-neurotischen Störungen und deren Ursachen müßten Wege gefunden werden, erkrankte Personen einer entsprechenden Behandlung zuzuführen. Sinngemäß gilt diese Forderung auch für viele Berufe, deren Tätigkeit vorwiegend am Schreibtisch erfolgt (das sind 53,7 % der nachuntersuchten Patienten). Zu diesem Personenkreis zählen verschiedene Berufsgruppen - wie Sekretärinnen, Sachbearbeiterinnen, Buchhalterinnen, Abteilungsleiterinnen, Betriebsleiterinnen, Verwaltungspersonal u. v. a. m.

14.2. Diskussion des Untersuchungsinstrumentariums

Bei der Vorbereitung der Untersuchungen und bei der Auswahl des Test- und Befragungsinstrumentariums wurde davon ausgegangen, daß Ausschnitte genommen werden, die einen hohen Objektivitätsgrad haben und möglichst wenig durch subjektives Erleben verfälscht sind. Dazu gehört auch der Vergleich psychotherapeutisch behandelter Patienten mit einer Gruppe unbehandelter Patienten.

Deshalb wurde eine Kontrollgruppe erst während der Nachuntersuchung zusammengestellt. Bei ähnlichen Untersuchungen wäre es wichtig, von vornherein auf eine solche Gruppe zu orientieren.

Es ist ein großer Mangel, daß es in der DDR noch keinen standardisierten Katamnesefragebogen für psychotherapeutisch behandelte Patienten gibt. Deshalb mußte ein Instrument zur Nachuntersuchung gefunden werden, das diesen Anforderungen entspricht.

Das Anliegen der Arbeit sollte der Nachweis sein, daß Psychotherapie durch den Facharzt für Allgemeinmedizin nicht nur möglich, sondern auch volkswirtschaft effektiv ist.

Da es sich bei den untersuchten Frauen fast ausschließlich um Patienten einer Staatlichen Arztpraxis handelt, deren Hausarzt gleichzeitig der Therapeut ist, konnte für die Objektivierung der Angaben jederzeit die Patientendokumentation sowie die Eintragungen im SV-Ausweis herangezogen werden.

Über die [illegible] Angaben des individuellen Fragebogens hinausgehend, erfaßt der Katamnesefragebogen nach BECK vorwiegend subjektives Erleben des Patienten nach der Therapie. Wichtig erscheinen die Fragen nach der Veränderung der Einstellung zu Personen der unmittelbaren Umgebung (Fragen 21 - 26 und 29), sowie Fragen, die sich auf die Rekompensation im gesellschaftlichen Leben nach der Entspannung (Fragen 30 - 34) ergeben.

Zu bemängeln an dem BECK'schen Fragebogen wäre, daß die Fragen nach Beschwerden und eventuellem Symptomwandel zu pauschal gehalten sind. Das gleiche gilt für die Angabe der Arbeitsunfähigkeit.

Ein weiterer Nachteil besteht in der unterschiedlichen Antwortmöglichkeit, die eine Erfassung für statistische Zwecke erschwert.

Der Beschwerdefragebogen und der Verhaltensfragebogen nach HÖCK und HESS sind für die Nachuntersuchung wertvolle Testmaterialien. Vergleiche mit früheren Testaussagen sind möglich und Tendenzen ablesbar.

Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens nach ZIELKE und KOPF-MEHNERT ist ebenfalls ein brauchbares Testinstrument. Allerdings verlangt er von den Patien-

ten hohe Konzentration und ein gewisses Intelligenzniveau. So kamen während der Nachuntersuchung viele Fragen, insbesondere bei den negativ gehaltenen Formulierungen. Dadurch benötigte die Mehrzahl der Patienten 30 - 45 Minuten für diesen Fragebogen.

Auffällig war, daß aktuelle, international belastende Ereignisse Einfluß auf die Antworten 16, 20 und 32 hatten. Als sich die internationale Lage wieder entspannt hatte, waren negative Beantwortungen dieser Fragen ausgesprochen selten.

Solche Diskrepanzen konnten im Einzelgespräch geklärt werden, dem eine besondere Bedeutung in der Nachuntersuchung beizumessen ist.

Fragebogenresultate haben ihren Wert in der vergleichbaren Messung von Therapieergebnissen. Jedoch die Beobachtung des Patienten während der Testuntersuchung, die ärztliche Betreuung in der Alltagspraxis und speziell das Nachuntersuchungsgespräch geben einen umfassenderen Einblick in die derzeitige Lebenssituation.

Die Beschäftigung mit dem Testmaterial und die persönlichen Kontakte mit den Therapeuten bei der Nachuntersuchung benötigen pro Patienten ca. zwei bis drei Stunden.

Für die schnelle optische Auswertung der Testergebnisse hat sich eine Sichtlochkarte bewährt. Sie wurde im Verlauf dieser Arbeit aus industriell verfügbaren Sichtlochkarten entwickelt und erstmals angewendet. Einfach zu handhaben, zeitökonomisch in der Auswertung, besteht die Möglichkeit, sie auch bei anderen Untersuchungen mit (im psychologischen Sinne) mehrdimensionalen, vergleichbaren Ergebnissen einzusetzen. Diese Sichtlochkarte löst nicht nur die Auszählung der absoluten Zahl der Veränderungen nach der Therapie, sie ermöglicht zudem eine weitlich differenzierte Aussage über Änderungen.

Da in jeder Lochkarte jedes Feld immer der gleichen Patientin zugeordnet ist, lassen sich die unterschiedlichsten Antworten ein und derselben Patientin miteinander vergleichen. Es kann z. B. die Aussage getroffen werden, daß von 79 Patienten, die zur Nachuntersuchung seit noch autogen trainierten, 46 Patienten eine Senkung der Arbeitsunfähigkeit aufwiesen, während von den Nichttrainierenden nur 8 Patienten eine Arbeitsunfähigkeitssenkung hatten.

Will man außerdem wissen, wie viele von diesen Patientinnen zusätzlich den Medikamentenkonsum gesenkt haben, legt man die entsprechende Lochkarte über die anderen beiden Karten. Dabei wird ersichtlich, daß Patientinnen, die eine Senkung des Medikamentenkonsums sowie der Arbeitsunfähigkeit (36 Patientinnen) aufweisen, hauptsächlich unter den Patienten zu finden sind, die das Autogene Training noch anwenden (31 Patienten). 5 Patientinnen hatten also auch, ohne daß sie weiter trainierten, Arbeitsunfähigkeit und Medikamentenkonsum gesenkt.

Mit diesem Hilfsmittel soll z. B. die Hypothese, daß Patienten, die noch trainieren, im Vergleich zu nichttrainierenden Patienten, in bezug auf positive Veränderungen nach Psychotherapie überwiegen, untersucht werden.

14.3. Diskussion der Test-Ergebnisse

Der Beweis, daß Psychotherapie in einer allgemeinmedizinischen Praxis zur Behandlung funktionell-neurotischer Störungen nicht nur sinnvoll, sondern sogar notwendig ist, erfolgt durch den Nachweis, daß sich durch die Therapie wichtige Parameter effektiv verändern. Diese Behauptung soll anhand der einzelnen genannten Hypothesen überprüft werden.

1. Durch den Facharzt für Allgemeinmedizin ist es möglich, funktionelle und neurotische Störungen durch Psychotherapie effektiv zu beeinflussen.

1.1. Es ist möglich, die Arbeitsunfähigkeit dieser Patienten zu senken.

1.2. Es ist möglich, die Konsultationshäufigkeit zu reduzieren.

1.3. Es ist möglich, den Medikamentenkonsum dieser Patienten zu beeinflussen.

2. Das subjektive Erleben dieser Patienten ändert sich in Richtung Wohlbefinden.

2.1. Das Empfinden behandelter Patientinnen ändert sich in Richtung Entspannung, Gelassenheit, Optimismus.

2.2. Behandelte Patientinnen erleben eine Verbesserung ihres Verhältnisses zur sozialen Umwelt.

2.3. Behandelte Patientinnen gestalten ihr Leben befriedigender.

3. Es besteht ein Zusammenhang zwischen den veränderten Parametern und der Weiterführung des Autogenen Trainings nach Abschluß des AT-Kurses.

4. Durch verbesserte psychotherapeutische Ausbildung des Therapeuten steigt die Effektivität der Therapie.

5. Es ist möglich, bei psychotherapeutisch behandelten Patienten einer allgemeinmedizinischen Praxis finanzielle Leistungen der SV zu senken.

Versuch eines Effektivitätsnachweises am Beispiel des Krankentagegeldes.

1. Hypothese: Durch den Facharzt für Allgemeinmedizin ist es möglich, funktionelle und neurotische Störungen durch Psychotherapie effektiv zu beeinflussen.

- 1. Hypothese: 1.1. Es ist möglich, die Arbeitsunfähigkeit dieser Patienten zu senken.

Bereits CREMERIUS (zit. in STROTZKA 1978) wies an Hand von Katamnesen leichterer bzw. weniger chronifizierter neurotisch Gestörter nach, daß sich die unmittelbare Dauer von Krankenhausaufenthalten und Arbeitsunfähigkeit ab Beginn der Behandlung deutlich verringert hatten. Dabei gilt es zu bedenken, daß die Arbeitsunfähigkeit bzw. der Krankenstand häufig ein Ventil für alle möglichen Notstände ist. (STROTZKA 1972).

Auf Unterschiede waren zu prüfen
die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage

a) für eine unbehandelte Kontrollgruppe (n = 30 Patienten) zum Beginn und am Ende des Behandlungszeitraumes
b) für eine behandelte Gruppe (Nachuntersuchungsgruppe) vor und nach Abschluß der Behandlung (n = 100 Patienten).

Da jeweils zwei Beobachtungen am gleichen Patienten vorlagen, handelt es sich um die Beurteilung zweier abhängiger Verteilungen. Der t-Test für korrelierende Stichproben konnte nicht angewendet werden, da in allen drei Gruppen die Differenzen zwischen der Beobachtung vor und nach der Behandlung nicht normal verteilt waren. (In allen drei Testverfahren wurde die Null-Hypothese "die Differenzen sind normal verteilt" hochsignifikant zurückgewiesen.)

Zur Beantwortung der Ausgangsfrage wurde der parameterfreie WILCOXON-Test (matched pairs signed rank test) verwendet. (CLAUER 1973, 1975).

Bei allen Untersuchungen wurde ein Signifikanzniveau von
= 0,05 (Irrtumswahrscheinlichkeit 5 %) gewählt.

Durchschnittliche Zahl der AU-Tage

Tabelle 73

Kontrollgruppe		Nachuntersuchungsgruppe	
vor dem Stichtag	18,8 Tage	vor der Therapie	23,4 Tage
nach dem Stichtag	27,8 Tage	nach der Therapie	21,4 Tage
Differenz	+ 9,0 Tage	Differenz	- 2,0 Tage

Nach dem WILCOXON-Test ist die Zahl der AU-Tage am Abschluß der Untersuchungsperiode in der Kontrollgruppe signifikant größer. Obgleich die durchschnittliche Zahl der AU-Tage nach Abschluß der Behandlung niedriger liegt als vor dem Beginn, läßt sich dieser Unterschied mit dem WILCOXON-Test auf einem Signifikanzniveau von 5 % statistisch nicht absichern. Nach Elimination der vier Patientinnen, die aus o. g. Gründen aus der zu vergleichenden Patientengruppe hinsichtlich ihrer Arbeitsunfähigkeit herausfallen, ergibt sich folgendes Bild:

Durchschnittliche Zahl der AU-Tage

Tabelle 74

Nachuntersuchungsgruppe	
vor der Therapie	23,6 Tage
nach der Therapie	17,4 Tage
Differenz	- 6,2 Tage

Nach dieser Korrektur besagt der WILCOXON-Test, daß bei einem T-Wert von 7,03 erst bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 14 % eine Senkung der AU-Tage nach Psychotherapie besteht.

- 1. Hypothese: i.T. Es ist möglich, die Konsultationshäufigkeit zu reduzieren.

Auf Unterschiede waren zu prüfen: die Zahl der Konsultationen einer behandelten Patientengruppe vor und nach dem Abschluß der psychotherapeutischen Behandlung (n = 61 Patienten).

Durchschnittliche Zahl der Konsultationen

Tabelle 75

Nachuntersuchungsgruppe	
vor der Therapie	8,68 Konsultationen
nach der Therapie	6,40 Konsultationen

Die Nullhypothese der Gleichheit der Konsultationszahlen wird noch bei einem Signifikanzniveau von 0,0001 hochsignifikant abgelehnt. Die Zahl der Konsultationen war bei Beginn der Behandlung signifikant größer als nach dem Abschluß der Behandlung.

- 1. Hypothese: 1.3. Es ist möglich, den Medikamentenkonsum dieser Patienten zu beeinflussen.

Diese Frage ist sehr schwer zu beantworten. Sie ist im Gegensatz zu den beiden vorigen Fragen nicht so leicht objektivierbar. Der Nachuntersucher ist ausschließlich auf Patientenangaben angewiesen. Wenn Zeiträume von bis zu 15 Jahren retrospektiv betrachtet werden sollen, fällt es vielen Patienten schwer, sich noch zu erinnern, welche Medikamente, in welcher Stärke und in welcher Menge eingenommen wurden. Hinzu kommt, daß viele Medikamente in den letzten Jahren in ihrer Stärke (z. B. Dilaudid) und in ihrer Packungsgröße verändert wurden, ganz zu schweigen von den individuellen Änderungen in der Dosierung durch den Arzt.

Außerdem wechselt manches (rezeptierte) Medikament unter Freunden und Bekannten den Besitzer, wenn dieses jenem in bestimmter Situation gut getan hat. Zusätzlich ist, wie oben erwähnt, der Barverkauf rezeptfreier Medikamente kaum noch ärztlicherseits zu überblicken.

Wie die Untersuchungsergebnisse zeigen, lagen nur 16 Patientinnen (14,8 %) insgesamt im Medikamentenverbrauch nach dem AT höher als vor dem AT. Davon nahmen sieben Pa-

tientinnen nach anfänglicher Reduzierung ihres Medikamentenkonsums zur Zeit der Nachuntersuchung mehr Medikamente als vor dem AT. Diese Patienten entsprechen in den Lochkarten den Patientennummern 25, 42, 65, 81, 83, 88, 107. Es hat den Anschein, als handle es sich bei diesen Frauen um schwerere Neurosen. Wie STOKVIS (1962) äußerte, kommt es bei diesen Patienten anfänglich zu einer Besserung der Beschwerden. Jedoch ca. ein halbes Jahr später verschlechtert sich bei ihnen erneut das Allgemeinbefinden, so daß auch der Medikamentenverbrauch wieder ansteigt.

Den Nachuntersuchungen mußten die Angaben der Patienten zugrunde gelegt werden. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ergibt sich folgender Überblick:

Tabelle 76

	Nachuntersuchungsgruppe		Kontrollgruppe	
Medikamente	Anzahl	%	Anzahl	%
gesenkt	62	57,4	14	46,7
erhöht	20	18,5	6	20,0
unverändert	24	22,2	10	33,3
keine Antwort	2	1,9	-	-
N	108	100,0	30	100,0

n. s. ($chi^2 = 0,829$)

Vergleicht man nur die Veränderungen des Medikamentenkonsums, dann stehen 75,6 % der Patienten der Nachuntersuchungsgruppe 70 % der Patienten einer Kontrollgruppe in der Senkung des Medikamentenverbrauchs gegenüber. Umgekehrt nehmen 24,4 % der Patienten nach Psychotherapie im Gegensatz zu 30 % der Patienten einer Kontrollgruppe mehr Medikamente ein. Aus den oben erwähnten Gründen läßt sich keine objektive Aussage darüber machen, wie stark die Reduzierung bzw. der Mehrverbrauch an Medi-

kamenten ist. Es muß auf die angeführten Fallbeispiele im Abschnitt "Ergebnisse" verwiesen werden.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß es zwar eine Senkung des Medikamentenkonsums nach Psychotherapie gibt, daß jedoch für eine statistisch signifikante Aussage die Untersuchungsmethode nicht subtil genug ist, sowie verschiedene Störfaktoren nicht ausgeschlossen werden können.

2. Hypothese: Das subjektive Erleben dieser Patienten ändert sich in Richtung Wohlbefinden.

Anliegen einer psychotherapeutischen Behandlung ist nicht primär die Senkung der Arbeitsunfähigkeit, der Konsultationshäufigkeit und des Medikamentenkonsums. Es geht vielmehr darum, in ihrem Erleben gestörte Menschen von ihrem Leiden zu befreien und zu befähigen, ihr Leben unabhängig vom Arzt und von Medikamenten selbst zu [illegible].

- 2. Hypothese: 2.1. Das Empfinden behandelter Patientinnen ändert sich in Richtung Entspannung, Gelassenheit, Optimismus.

Die Hälfte der psychotherapeutisch behandelten Patienten gab eine Änderung im Erleben und Verhalten an. Es wurden ausschließlich positive Änderungen angeführt. Diese Tatsache legte die Vermutung nahe, daß diese Antworten einer gezielten Befragung nicht standhielten. Im Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens fanden sich dann auch 9 Patienten, die z. T. eine erhebliche Verschlechterung ihres Erlebens und Verhaltens aufwiesen. Allerdings überwogen die Verbesserung bei 87 Patienten, das sind 80,6 % der Befragten. Die durchschnittliche Veränderung in Richtung Gelassenheit, Entspannung, Optimismus liegt mit [illegible] Punkten [illegible] unterhalb des Grenzwertes für eine hochsignifikante Änderung (200 Punkte) im einzelnen erreichten 52 Patienten (50,0 %) in diesem

Fragebogentest Veränderungswerte über 200 Punkte, d. h. Werte im hochsignifikanten Bereich.

Es zeigt sich, daß sich Psychotherapie-Patienten subjektiv wohler fühlen als Patienten einer unbehandelten Kontrollgruppe.

Tabelle 77

	Nachuntersuchungsgruppe		Kontrollgruppe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ja	75	69,4	12	40,0
nein	28	25,9	17	56,7
keine Antwort	5	4,6	1	3,3
	108	100,0	30	100,0

ss (chi^2 = 10,12)

Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung mit dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)

Der Fragebogen erfaßt Veränderungen im Erleben und Verhalten hinsichtlich Entspannung, Gelassenheit, Optimismus bzw. Spannung, Unsicherheit, Pessimismus.

Ausgehend von der Tatsache, daß Testwerte über 168 eine Verbesserung in positiver Richtung und Testwerte unter 168 Veränderungen in negativer Richtung anzeigen, wurde folgende Tabelle der Testergebnisse aufgestellt:

Tabelle 78

	Anzahl	%		Anzahl	%
Verbesserung	87	80,6			
Verschlechterung	21	19,4	keine Antwort	4	3,7
			genau 168	8	7,4
			weniger als 168	9	8,3
	108	100,0		21	19,4

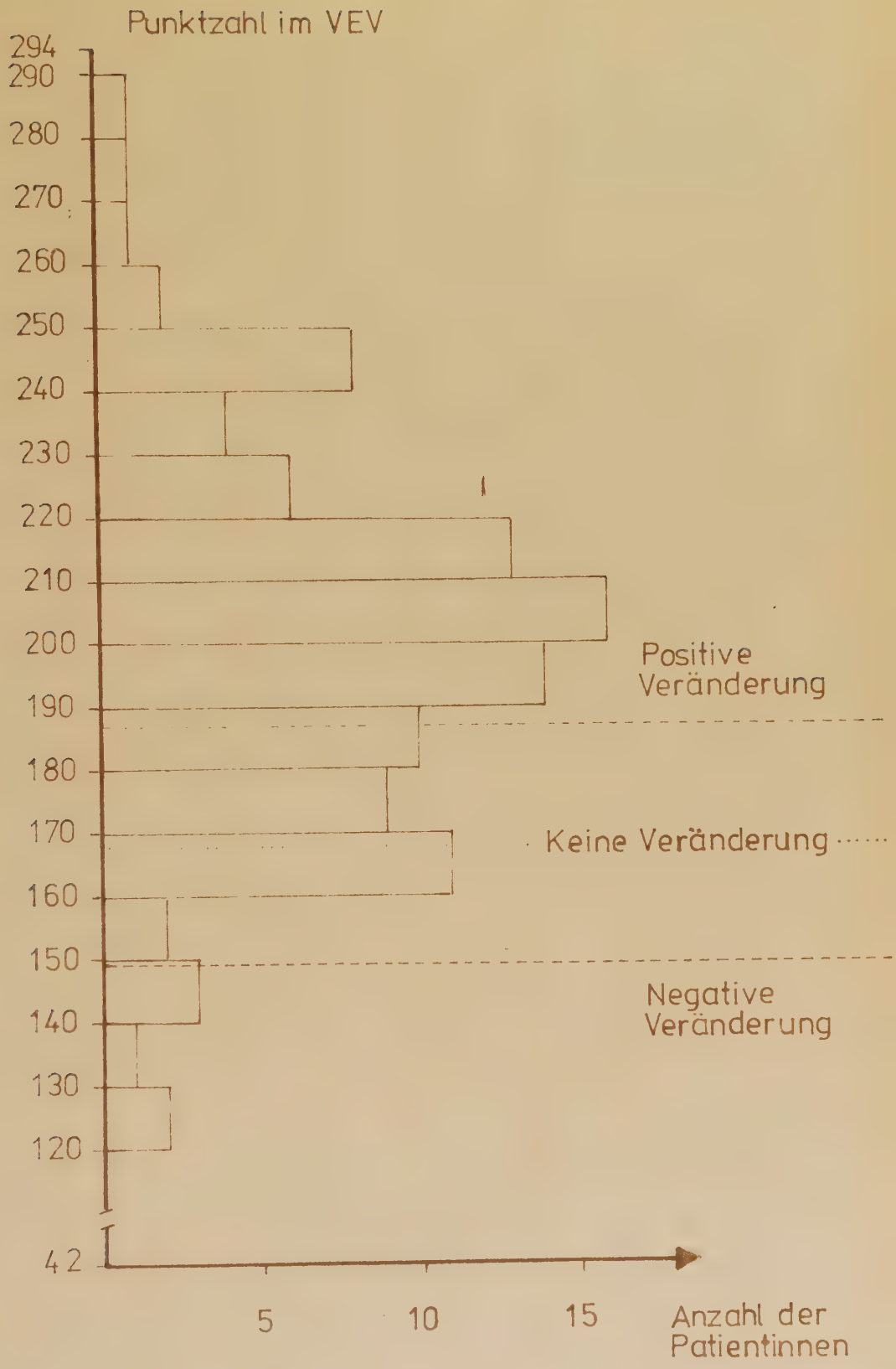


Abb. 14 Diagramm der im VEV erreichten Punktwerte

Die Überhöhung der Kurve im Bereich 160 - 170 Punkte kann als Protest einiger Patienten gegen die Nachuntersuchung, den Therapeuten oder die Methode angesehen werden, insbesondere weil diese Punkte ohne jegliche Veränderung (166 Punkte) ausgefüllt wurden.

Der 2. Gipfel im Bereich 240 - 250 Punkte kann nicht erklärt werden. Der Mittelwert aller VEV-Werte liegt bei 199,25. Damit liegt dieser Wert nur mit 0,75 unter dem Grenzwert für eine hochsignifikante Aussage mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von p = 0,1 %. Die ausgesprochen niedrigen Werte im VEV wurden durch Patientinnen erreicht, die bereits in der Arbeitsunfähigkeitsanalyse durch hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten auffielen. Es handelt sich um eine Patientin mit einer primären Fehlentwicklung (Nr. 83), die ihre neurotische Entwicklung in vielen Beschwerden somatisiert hat (120 Punkte), und um eine Patientin (Nr. 79), die nach einem Herzinfarkt und nachfolgender Rehabilitation nur sehr schwer an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren konnte (128 Punkte). Möglicherweise läßt das Ergebnis des VEV darauf schließen, daß bei der Patientin zwar eine Rehabilitation der Herz-Kreislauf-Funktion, jedoch noch keine psychische Rehabilitation stattgefunden hat.

Ebenso wie diese extrem niedrigen Testergebnisse die Aufmerksamkeit erregen, sollte auch den extrem hohen Testwerten Beachtung geschenkt werden.

Den höchsten Testwert mit 287 Punkten erreichte eine Patientin (Nr. 50), die während des 5monatigen AT-Kurses zweimal im Mittelpunkt des Gruppengeschehens stand: einmal durch ihre Verschlossenheit und das zweite Mal durch ihre Entscheidung, bald nach dem AT-Kurs wechselte sie die Arbeitsstelle. Sie gab ihre Arbeit als Sachbearbeiterin auf und arbeitet seitdem als ungelernte Arbeiterin in Dauernachtschicht. Sowohl die beiden weitreichenden Veränderungen als auch der Arbeitswechsel wurden von ihr als Befreiung aus

einer unbefriedigenden Lebenssituation erlebt. Es bleibt abzuwarten, wie stabil dieses positive Testergebnis bleibt.

Die Patientin (Nr. 56) mit einem Testergebnis von 272 Punkten muß ebenso kritisch betrachtet werden. Da die belastende Lebenssituation keineswegs geklärt ist und neue Schwierigkeiten die Problematik erschweren, ist die hohe Punktzahl möglicherweise als ein Geschenk an den Therapeuten anzusehen. Die Konsultationszahlen sind bei dieser Patientin gestiegen, der Medikamentenverbrauch war gleichbleibend.

Das Testergebnis von 260 Punkten kann eher als real eingeschätzt werden. Die Patientin (Nr. 64) ist seit der psychotherapeutischen Behandlung nicht mehr in der allgemeinärztlichen Sprechstunde gewesen und nimmt keine Medikamente. Sie hat inzwischen geheiratet und ein Kind geboren. Sie hat die Arbeitsstelle gewechselt und arbeitet jetzt im gleichen Betrieb wie ihr Mann. Das Autogene Training hat sie aufgegeben. Ihr Kommentar dazu: Sie brauche es nicht mehr; sie fühle sich wohl.

Die folgenden Betrachtungen verdeutlichen die Einstellung zu Konflikten und zu sich selbst bei einer behandelten Gruppe im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe.

Die beiden Patientengruppen werden gleichermaßen mit ihren inneren und äußeren Konflikten fertig.

Tabelle 79

Mit Konflikten besser fertig werden	Nachuntersuchungsgruppe		Kontrollgruppe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ja	73	67,3	19	63,3
nein	28	25,9	7	23,3
keine Antwort	5	4,6	4	13,3
keine Konflikte	2	1,9	-	-
N	108	100,0	30	100,0

n.s. ($chi^2 = 0,007$)

Unterschiedlich dagegen wurde von beiden Gruppen die Zufriedenheit mit sich selbst und mit der eigenen Art eingeschätzt.

Tabelle 80

Zufriedenheit mit sich selbst und mit der eigenen Art	Nachuntersuchungsgruppe		Kontrollgruppe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
zufrieden	73	67,6	13	43,3
nicht zufrieden	30	27,8	14	46,7
keine Antwort	5	4,6	3	10,0
N	108	100,0	30	100,0

s (chi^2 = 4,93)

Das heißt, psychotherapeutisch behandelte Patientinnen können sich selbst besser annehmen.

2. Hypothese: 2.2. Behandelte Patientinnen erleben eine Verbesserung ihres Verhältnisses zur sozialen Umwelt.

Diese Ergebnisse zeigen, daß es der überwiegenden Mehrheit der Patienten gelungen ist, eine positive Veränderung ihres Erlebens und Verhaltens durch Psychotherapie zu erreichen.

Diese Änderung wurde bei etwa 1/3 der Patienten von Menschen der unmittelbaren Umgebung (Familie, Arbeitskollegen usw.) bemerkt und dem Patienten gegenüber geäußert. Schwierigkeiten im Zusammenleben mit der Familie wurden bei 28,7 %, mit Arbeitskollegen bei 22,2 % der Nachuntersuchten kleiner. Diese Äußerung muß mit Skepsis betrachtet werden, da eine konstruktive Auseinandersetzung mit Problemen, die zu funktionell-neurotischen Störungen geführt hatten, nicht in allen Fällen sofort eine Verringerung von Schwierigkeiten im Zusammenleben mit anderen Menschen bewirkt.

Möglicherweise verbergen sich hinter den "unverändert"-Antworten bzw. hinter den unbeantworteten Fragen die Patienten, deren Schwierigkeiten größer geworden sind. Zumindest in der Kontrollgruppe geben 13,3 % der Patienten an, daß Schwierigkeiten mit der Familie in den letzten Jahren größer geworden sind, und 3,3 % meinen, daß sie jetzt mehr Schwierigkeiten mit Arbeitskollegen hätten.

Tabelle 81

Schwierigkeiten mit Familie	Nachuntersuchungsgruppe		Kontrollgruppe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
kleiner	31	28,7	8	26,7
unverändert	71	65,7	17	56,7
größer	-	-	4	13,3
ohne Antwort	6	5,6	1	3,3
N	108	100,0	30	100,0

ss (chi^2 = 14,63)

Tabelle 82

Schwierigkeiten mit Berufskollegen	Nachuntersuchungsgruppe		Kontrollgruppe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
kleiner	24	22,2	2	6,7
unverändert	78	72,2	25	83,3
größer	-	-	1	3,3
ohne Antwort	6	5,6	2	6,7
N	108	100,0	30	100,0

n.s. (chi^2 = 3,45)

Eine wesentliche Änderung in Familie und Berufsleben wurde in Nachuntersuchungsgruppe und Kontrollgruppe gleichermaßen beantwortet.

Tabelle 83

Änderung in Familie und Berufsleben	Nachuntersuchungsgruppe		Kontrollgruppe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ja	29	26,9	9	30,0
nein	77	71,3	21	70,0
keine Antwort	2	1,9	-	-
N	108	100,0	30	100,0

n.s. (chi^2 = 0,08)

Psychotherapeutisch behandelte Patienten finden in Relation zu nichtbehandelten Patienten ihr Leben etwa ebenso häufig befriedigender. Jedoch die Anzahl derer, die ihr Leben unbefriedigender empfindet, ist unter den Patienten der Kontrollgruppe ungleich höher, auch dann, wenn man die Patienten ohne Antwort zu den unbefriedigender-Antworten addiert.

Tabelle 84

Patienten finden ihr Leben	Nachuntersuchungsgruppe		Kontrollgruppe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
befriedigender	53	49,1	14	46,7
unverändert	48	44,4	9	30,0
weniger befriedigend	3	2,8	7	23,3
keine Antwort	4	3,7	-	-
N	108	100,0	30	100,0

ss (chi^2 = 14,63)

In bezug auf Kontakte zur sozialen Umwelt (Vorgesetzte, Kollegen, Untergebene, Partner, Kinder und im sexuellen Bereich) äußerten sich beide Gruppen folgendermaßen:

Tabelle 85

Kontakte zur sozialen Umwelt	Nachuntersuchungsgruppe		Kontrollgruppe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
verbessert	33	30,6	7	23,3
unverändert	72	66,7	23	76,7
verschlechtert	1	0,9	-	-
keine Antwort	2	1,8	-	-
N	108	100,0	30	100,0

n. s. (chi^2 = 1,028)

- 1. Hypothese: 2.3. Behandelte Patientinnen gestalten ihr Leben befriedigender.

Psychotherapeutisch behandelte Patienten sind eher in der Lage, sich gegen die Übernahme zu vieler Pflichten zu entscheiden, wenn auch ein statistisch signifikanter Unterschied zu einer Kontrollgruppe nicht nachweisbar ist. Vergleicht man die beiden Gruppen, so wird das deutlich.

Zu viele Pflichten übernehmen

	Nachuntersuchungsgruppe		Kontrollgruppe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ja	43	39,8	16	53,3
nein	62	57,4	14	46,7
keine Antwort	3	2,8	-	-
N	108	100,0	30	100,0

n. s. (chi^2 = 1,45)

Sie schätzen ihre Belastbarkeit gegenüber der unbehandelten Kontrollgruppe doppelt so häufig größer ein. Dagegen halten sich Patienten der Kontrollgruppe 5mal so häufig für geringer belastbar.

Tabelle 86

Belastbarkeit	Nachuntersuchungsgruppe		Kontrollgruppe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
größer	29	26,9	4	13,3
unverändert	67	62,0	13	42,3
geringer	9	8,3	13	42,3
keine Antwort	3	2,8	-	-
N	108	100,0	30	100,0

sss (chi^2 = 20,95)

Die Freizeit erleben beide Gruppen gleichermaßen.

Tabelle 87

Freizeiterleben	Nachuntersuchungsgruppe		Kontrollgruppe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
befriedigend	40	37,0	11	36,7
unverändert	56	51,9	15	50,0
weniger befriedigend	8	7,4	4	13,3
keine Antwort	4	3,7	-	-
N	108	100,0	30	100,0

n. s. (chi^2 = 0,91)

Es füllen mehr Patienten der Kontrollgruppe ihre Freizeit durch ein neues Hobby aus. Allerdings ist der Unterschied zur Nachuntersuchungsgruppe statistisch nicht signifikant. Die Vermutung, daß sich dahinter mehr ein Ausgleich für unbefriedigte Wünsche des Alltags verbirgt, ist sehr vage.

Tabelle 88

	Nachuntersuchungs-gruppe		Kontrollgruppe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ja	18	16,7	8	26,7
nein	85	78,7	22	73,3
keine Antwort	5	4,6	-	-
N	108	100,0	30	100,0

n. s. ($chi^2 = 1,24$)

Die eigene Gestaltung eines befriedigenden gesellschaftlichen Lebens läßt sich in den Antworten der beiden Gruppen nach dem Beitritt oder Austritt aus Organisationen, Clubs usw. ablesen. In der Therapiegruppe haben 14,8 % der Patienten eine Veränderung getroffen, während es in der Kontrollgruppe nur 6,6 % waren. Dabei wird in der Behandlungsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe die Tendenz zur Verringerung der gesellschaftlichen Aktivität erkennbar.

Tabelle 89

neuen Organisationen	Nachuntersuchungs-gruppe		Kontrollgruppe	
	Anzahl	%	Anzahl	%
beigetreten	13	12,0	1	3,3
ausgetreten	3	2,8	1	3,3
wie vorher	90	83,3	28	93,3
keine Antwort	2	1,9	-	-
N	108	100,0	30	100,0

n. s. ($chi^2 = 2,018$)

3. Hypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen den veränderten Parametern und der Weiterführung des Autogenen Trainings nach Abschluß des AT-Kurses.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden in der folgenden Tabelle wiedergegeben. Dabei wurden die Patienten, die das Autogene Training weiter angewendet haben, hinsichtlich der Veränderungen mit den Patienten verglichen, die zwar das Autogene Training erlernt haben, es aber wieder aufgegeben hatten.

Tabelle 90

Trainieren Sie noch?	chi^2	Signifikanz
+ Arbeitsunfähigkeit gesenkt	7,63	s.s.
+ Konsultationen	0,035	n.s.
+ Verringerung des Medikamentenkonsums		
a) gleich nach dem AT-Kurs	3,74	n.s.
b) zum Nachuntersuchungszeitpunkt	0,19	n.s.
c) Summarisch	0,12	n.s.
+ Verbesserung im BFB	3,36	n.s.
+ Verbesserung im VFB	0,48	n.s.
+ Verbesserung im VEV	1,67	n.s.
+ Belastbarkeit größer	0,073	n.s.
+ Nicht mehr an gleichen Beschwerden leiden	0,217	n.s.
+ Beurteilung der Ergebnisse der Psychotherapie gut	5,36	s.
+ Keine Übernahme zu vieler Pflichten	2,93	n.s.
+ Freizeit befriedigender erleben	0,405	n.s.
+ Verbesserung der Kontakte	2,0	n.s.
+ Besser fertig werden mit Konflikten	0,012	n.s.

Es ist ersichtlich, daß die Senkung der Arbeitsunfähigkeit signifikant mit der Fortführung des AT nach dem Erlernen korreliert.

Das Ergebnis der Psychotherapie insgesamt wird signifikant häufiger von weiterhin Trainierenden als gut eingeschätzt (Irrtumswahrscheinlichkeit 2,5 %). Das zeigt die hohe Wertschätzung, die das AT als Therapiemethode besitzt.

Alle anderen Parameter korrelieren statistisch nicht signifikant mit der Tatsache, daß die Patienten noch autogen trainieren.

4. Hypothese: Durch verbesserte psychotherapeutische Ausbildung des Therapeuten steigt die Effektivität der Therapie.

Wie am Ausbildungsweg eines Allgemeinmediziners dargelegt, liefen die psychotherapeutische Ausbildung und die psychotherapeutische Tätigkeit parallel. Für die eigene Arbeit kann eingeschätzt werden, daß diese Art des Nehmens und Gebens besonders fruchtbar war.

In Problemfallseminaren konnten sowohl methodische Probleme der Psycho-Therapie als auch emotionale Störungen der Arzt-Patient-Beziehung, deren Ursachen bekanntlich in der Persönlichkeitsstruktur des Therapeuten liegen, (BALINT 1980) bearbeitet und überwunden werden.

Voraussetzung für die psychotherapeutische Arbeit war, daß ein großes Ausbildungsdefizit in psychologischen und psychotherapeutischen Kenntnissen abgebaut werden mußte. In Grundkurs, sowie im Aufbaukurs I und II konnten nicht nur theoretische, sondern auch praktische Fähigkeiten für den Umgang mit psychisch Kranken erworben werden. Problemfallseminare und Regionalveranstaltungen halfen, Lücken in Diagnostik und Therapie zu schließen. Auch KRAFT (1972) berichtet, daß es im Laufe der Ausbildung durch eine persönliche Reifung des Therapeuten gelingt, mit Problempatienten besser umzugehen.

Für den statistischen Nachweis der 4. Hypothese wurden die 108 Patienten in 3 Gruppen geteilt.

Die 1. Gruppe (n = 48 Patienten) umfaßt die Patienten, deren Therapie 4 und 5 Jahre zurückliegt, die 2. Gruppe (n = 22 Patienten) mit einem Abstand von 2 ½ - 3 Jahren zur Therapie und die 3. Gruppe (n = 38 Patienten) Patienten der letzten 1 - 2 Jahre. Die Anzahl der Patienten reduziert sich jeweils um die Zahl der Patienten, deren Antworten in den jeweiligen Kategorien nicht verwertbar waren. Der Bruch $\frac{a}{b}$ gibt a = die Patienten mit positiven Antworten, b = die Summe der vergleichbaren Patienten der jeweiligen Gruppe an. p ist dann der Quotient dieser beiden.

Tabelle 91, Teil 1

Patient Nr./ Zeitraum	1 - 48 4 - 5 Jahre		49 - 70 2 1/2 - 3 Jahre		71 - 108 1 - 2 Jahre			chi^2 F_G
Frage	a/b	p	a/b	p	a/b	p		
1 Medikamente signifikant gesenkt	28/47	0,596	13/21	0,619	21/38	0,553	62/106	0,119 2
2 Konsultationen gesenkt	28/35	0,800	12/27	0,600	21/27	0,808	61/89	0,828 2
3 Arbeitsunfähigkeit gesenkt	28/42	0,[illegible]	11/23	0,[illegible]	15/35	0,469	54/100	0,760 2
4 Sie trainieren noch autogen	34/48	0,708	15/22	0,682	30/38	0,789	79/108	0,284 2
5 Nicht mehr so viele Pflichten übernommen	30/45	0,667	11/22	0,500	22/38	0,579	63/105	0,728 2
6 Verbesserung im Arb	13/33	0,394	3/19	0,158	14/38	0,368	30/90	2,258 2
7 Verbesserung in Fam	12/33	0,364	9/20	0,450	18/38	0,474	39/91	0,527 2
8 Mit Konflikten besser fertig werden	32/42	0,762	16/21	0,762	25/38	0,658	73/101	0,355 2
9 Leben befriedigender	22/44	0,500	14/22	0,636	17/38	0,447	53/104	0,990
10 Positive Veränderung im Leben	22/46	0,478	14/22	0,636	19/37	0,514	55/105	0,722

Tabelle 91, Teil 2

Patient Nr. / Zeitraum	1 - 48 4 - 5 Jahre		49 - 70 2 1/2 - 3 Jahre		71 - 108 1 - 2 Jahre			chi^2 F_G
Frage	$\frac{a}{b}$	p	$\frac{a}{b}$	p	$\frac{a}{b}$	p		
11 Belastbarkeit größer	$\frac{8^+}{15}$	0,178	$\frac{10}{22}$	0,455	$\frac{11}{38}$	0,289	$\frac{29}{105}$	4,136
12 Leiden nicht mehr an gleichen Beschwerden	$\frac{21}{46}$	0,457	$\frac{15}{22}$	0,682	$\frac{21}{38}$	0,553	$\frac{57}{106}$	1,429
13 Ergebnis der Psychotherapie "gut"	$\frac{34}{48}$	0,708	$\frac{12}{22}$	0,545	$\frac{25}{38}$	0,658	$\frac{71}{108}$	0,609
14 Kontakte verbessert	$\frac{15}{46}$	0,326	$\frac{9}{22}$	0,409	$\frac{13}{38}$	0,342	$\frac{37}{106}$	0,302
15 Freizeit befriedigender gestaltet	$\frac{16}{45}$	0,356	$\frac{11}{22}$	0,500	$\frac{13}{38}$	0,342	$\frac{40}{105}$	1,045

n.s.

+ chi^2 = 4,438 (s)

Nach statistischen Berechnungen kann die Behauptung der 4. Hypothese nicht bestätigt werden. Es liegt zwar z. T. eine große Anzahl positiver Veränderungen vor, jedoch bestehen zwischen den 3 Gruppen keine signifikanten Unterschiede. Es zeigt sich lediglich hinsichtlich der subjektiven Einschätzung der Belastbarkeit ein signifikanter Unterschied zwischen der 1. und 2. Gruppe (chi^2 = 4,430), der bei einem Signifikanzniveau von 5 % ein Zufallswert sein kann.

Mit der Ausbildung und Sicherheit des Therapeuten ändert sich zwangsläufig auch das Patientenprofil in den Gruppen. Wie eingangs erwähnt, wurden in den ersten Gruppen Patienten behandelt, die weniger schwierig erschienen und leicht zu führen waren. Nach und nach wurden zunehmend auch Patienten, bei denen sich die Diagnostik und der persönliche Umgang schwierig gestalteten, in die AT-Gruppen aufgenommen, so daß von dieser Seite her die Hypothese durchaus bejaht werden kann. Daß aus gesellschaftlichen, ökonomischen und therapieimmanenten Gründen die ambulante Psychotherapie, sofern diese erfolgversprechend erscheint, der stationären vorzuziehen ist, betonten HAUSCHILD und DI [illegible] (197[illegible]). So wurden auch Fehlentwicklungen in die AT-Kurse aufgenommen, obwohl diese, streng genommen, nicht dorthin gehörten.

Unter diesem Aspekt kann das Fehlen statistisch gesicherter Unterschiede zwischen den 3 Gruppen bei zunehmend komplizierterer Patientenauswahl als steigende Effektivität der psychotherapeutischen Arbeit gewertet werden.

Wie aus der Literatur zu entnehmen ist, führten Untersuchungen zu der Thematik, wie sich eine zunehmende Ausbildung des Therapeuten in den Therapieerfolgen niederschlägt, zu unterschiedlichen Ergebnissen. Es wurde bei diesen Untersuchungen im Gegensatz zu der vorliegenden Analyse, von

einem Überblick über eine größere Anzahl von Psychotherapeuten verschiedener Ausbildungsgrade und mit verschieden großer Erfahrung ausgegangen. So untersuchten HOLT und LUBORSKY (zit. in STROTZKA 1978) in Ausbildung befindliche Therapeuten hinsichtlich ihrer Therapieerfolge. Sie konnten keine besseren Ergebnisse bei Therapeuten mit einem höheren Ausbildungsgrad nachweisen. MELTZOFF und KORNREICH (zit. in STROTZKA 1978) gelang es hingegen, bessere Erfolge bei erfahreneren gegenüber weniger erfahrenen Therapeuten aufzuzeigen.

Neben den quantitativen Analysen ist bei der Frage nach der Senkung der Arbeitsunfähigkeit und der Konsultationshäufigkeit auch ein qualitativer Vergleich der Gruppen möglich. Daß die Konsultationszahlen statistisch signifikant durch Psychotherapie gesenkt werden, konnte bereits belegt werden. Es war die Frage zu beantworten: Werden die Konsultationszahlen in allen 3 Gruppen gleichmäßig gesenkt, gibt es eine Tendenz, oder gibt es Unterschiede zwischen den 3 Gruppen?

Tabelle 92

Konsultationen (Nachuntersuchungsgruppe)

Gruppe	Anzahl der Pat.	mittl. Häufigkeit der Konsultationen vor Anzahl	%	nach Anzahl	%	mittl. relativer Rückgang %
1	36	9,2	100,0	6,5	70,7	29,3
2	20	7,4	100,0	7,0	94,6	5,4
3	28	9,4	100,0	5,7	60,6	39,4

Die besten Ergebnisse erzielten die Gruppen 1 und 3, während die mittlere Gruppe erheblich niedriger im Vergleich abschnitt.

Ähnlich sieht das Bild beim Vergleich der Arbeitsunfähigkeit aus.

Tabelle 93

AU-Tage (Nachuntersuchungsgruppe)

Gruppe	Anzahl der Pat.	mittl. AU-Dauer (in Tagen) vor Anzahl	%	nach Anzahl	%	mittl. relativer Rückgang der AU-Dauer %
1	46	23,2	100,0	17,7	76,3	23,7
2	22	20,5	100,0	17,4	84,9	15,1
3	29	26,6	100,0	16,9	63,5	36,5

Auch hier finden sich die relativ geringsten Verminderungen der Arbeitsunfähigkeitszeiten in der mittleren Gruppe.

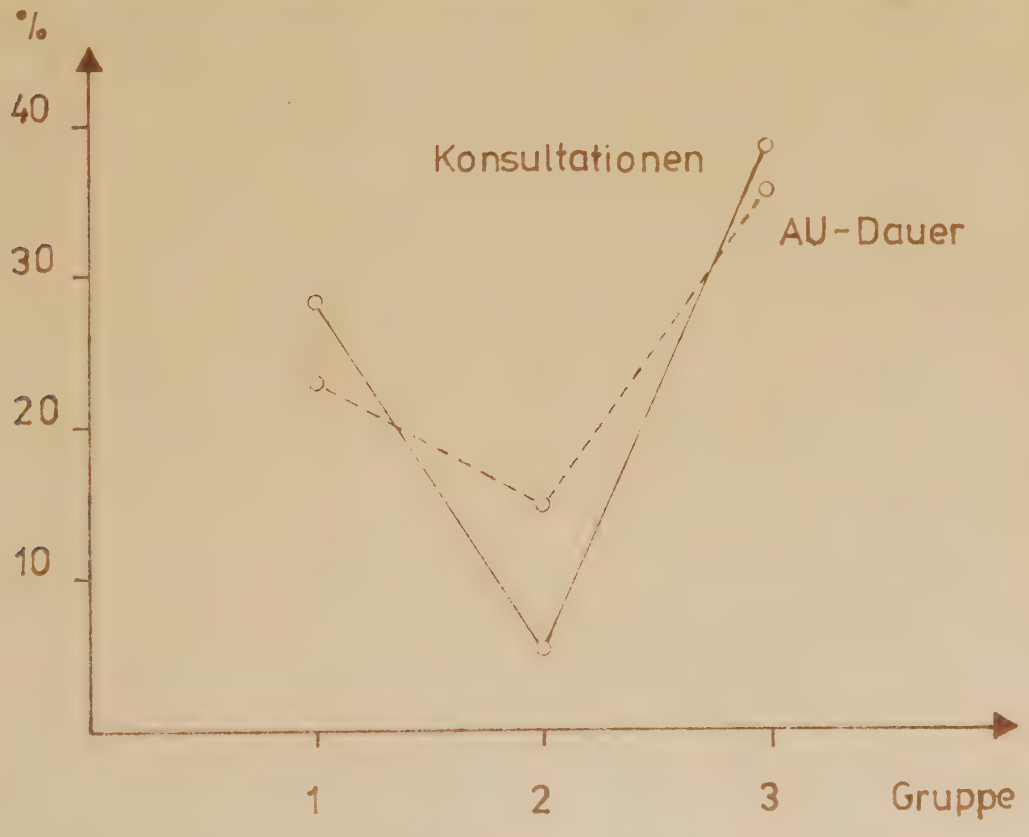


Abb. 15 Senkung der Konsultationen und der AU- Dauer in Abhängigkeit von der Zeit nach dem Autogenen Trainin

Diese vorliegende Untersuchung unterstreicht die Feststellung, daß es sich bei den Teilnehmern der ersten AT-Kurse um leichter zu führende Patienten mit leichteren Erkrankungen handelte.

Die ersten Kurse dienten neben der Therapie auch der Ausbildung und Sicherheit des Therapeuten.

Der Aufwärtstrend der Kurse beim Vergleich der 3. Gruppe mit der 2. Gruppe läßt die Vermutung zu, daß erst nach dem anfänglichen Einarbeiten in eine neue Therapiemethode eine Verbesserung der Therapieergebnisse durch die weitere Qualifikation des Therapeuten zu erwarten ist.

5. Hypothese: Es ist möglich, bei psychotherapeutisch behandelten Patienten einer allgemeinmedizinischen Praxis finanzielle Leistungen der SV zu senken. - Versuch eines Effektivitätsnachweises am Beispiel des Krankentagegeldes.

Es ist hier nicht die Frage zu klären, ob und wie zeitökonomisch Psychotherapie ist. Der psychisch Kranke verlangt für seine Behandlung mehr Zeit und Verständnis vom Arzt als der "rein organisch" Kranke, soweit es diesen überhaupt gibt. Dieser zeitliche Mehraufwand für den psychisch Kranken sollte aber vielmehr in der adäquaten Therapie, statt in der Vertröstung auf eine spätere Konsultation, ein neues Medikament, eine Arbeitsunfähigkeit oder eine Kurbehandlung liegen.

Wie sich Psychotherapie in den Leistungen der Sozialversicherung niederschlägt, kann konkret am Beispiel der Arbeitsunfähigkeit dokumentiert werden. Nach STROTZKA (1972) spielt die Art der Sozialversicherung eine wesentliche Rolle, wie gesund oder wie krank sich die Bevölkerung verhält. STROTZKA geht dabei von der Sozialversicherung unter kapitalistischen Verhältnissen aus.

Bei den vorliegenden Nachuntersuchungen wurde eine durchschnittliche Senkung der Arbeitsunfähigkeit durch eine psychotherapeutische Behandlung von 6,2 Tagen pro Patient pro Jahr errechnet.

Aufgrund der Tatsache, daß die Nachuntersuchten Teil einer Gesamtpopulation sind, für die der Nachweis der Verallgemeinerungsfähigkeit geführt wurde, lassen sich die vorliegenden Ergebnisse auf die Patienten dieser Staatlichen Arztpraxis übertragen. Bei epidemiologischen Untersuchungen wurden testpsychologisch 57,7 % der weiblichen Patienten zwischen dem 25. und 60. Lebensjahr als fraglich bzw. wahrscheinlich neurotisch erkannt. Das bedeutet, daß allein in dieser Praxis theoretisch eine Senkung der Arbeitsunfähigkeit bei 242 Patienten jeweils um 6,2 Tage möglich wäre. Das wären 1500 AU-Tage pro Jahr.

Daß diesen Phantastereien Grenzen durch die Realität gesetzt sind, braucht hier nicht betont zu werden.

Einerseits sind nicht alle Patienten mit neurotischen und funktionellen Störungen therapiewillig oder therapiefähig. Zum anderen sind dem psychotherapeutischen Engagement durch die Vielzahl der Aufgaben eines Allgemeinmediziners Grenzen gesetzt. Eines muß jedoch klar herausgestellt werden: Bei einem Anteil von 30 - 50 % funktioneller und neurotischer Störungen unter der Bevölkerung ist eine spürbare Senkung des Krankenstandes durch psychotherapeutischen Denken und Handeln durch den Facharzt für Allgemeinmedizin möglich.

SCHAEFER (Art. in DECKMANN 1972) ist dabei der Ansicht, daß bei einem durchschnittlichen Krankenstand von 6 %, ca. 1/3, d. h. 2 %, durch psychische Krankheiten bedingt ist.

Abgesehen von dem Leiden, das dem Patienten mit funktionellen und neurotischen Erkrankungen erspart bliebe,

sind die Einsparungen der Leistungen der Sozialversicherung von großer volkswirtschaftlicher Bedeutung. Hierzu zählen nicht nur die Kosten für nichtverordnete - da bei psychischen Krankheiten nicht indizierte Medikamente, physiotherapeutische Maßnahmen, Kurverschickungen usw., sondern auch die Leistungen der Sozialversicherung im Falle der Arbeitsunfähigkeit. Bei der ständigen Steigerung des durchschnittlichen täglichen Krankengeldes wurde 1981 in der DDR ein Satz von 25,56 M pro Krankentag erreicht.

Bei 96 vergleichbaren nachuntersuchten Patientinnen mit einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitssenkung von 6,2 Tagen pro Jahr wurde bei einem täglichen Krankengeldsatz von 23,88 M (1981 - Kreis Luckenwalde) eine Einsparung von 14 213,38 M allein im Jahre 1981 erreicht.

Tabelle 94

	tägl. Krankengeld DDR	Kreis Luckenwalde	vergleichb. Anzahl der Patienten	Senkung der AU-Tage	eingesparte Krankengeld
1977	13,63 M	12,97 M	7	6,2	562,90 M
1978+	22,70 M	21,58 M	36	6,2	4.816,66 M
1979	24,29 M	23,06 M	59	6,2	8.435,35 M
1980	24,91 M	23,72 M	73	6,2	10.735,67 M
1981	25,56 M	23,88 M	96	6,2	14.213,38 M
					38.763,96 M

Das bedeutet, daß in 5 Jahren psychotherapeutischer Tätigkeit in einer allgemeinmedizinischen Praxis allein 38.763,96 M nur an Krankengeldern eingespart werden konnten. Da sich jedes Jahr die Zahl der behandelten Patienten um diejenigen erhöht, die eine psychotherapeutische Be-

+ 1978 Verbesserung der Leistungen der Sozialversicherung bei Krankheit - Arbeitsgesetzbuch

handlung erhalten, wird sich, selbst bei gleichbleibendem täglichen Krankengeldsatz, die Höhe der eingesparten Summe jährlich erhöhen.

Hinzu kommen die Kosten für nicht benötigte Medikamente und Heilbehandlungen.

Bei einer durchschnittlichen Reduzierung der Konsultationen durch Psychotherapie um 2,28 pro Patient pro Jahr wurden in den letzten 5 Jahren folgende Senkungen der Konsultationszahlen erzielt.

Tabelle 95

	Anzahl der vergleichb. Patienten	$\bar{x}$ Senkung der Konsultationszahlen	Differenz der $\bar{x}$ Konsultationen vor und nach der Psychotherapie
1977	6	2,28	13,68
1978	32	2,28	72,96
1979	49	2,28	111,72
1980	63	2,28	142,64
1981	85	2,28	193,80

Auch diese Zahl wird sich von Jahr zu Jahr erhöhen. Dem steht der relativ größere Einsatz an Zeit, den Psychotherapie bedingt, gegenüber. Es soll nicht verschwiegen werden, daß die psychotherapeutische Tätigkeit, die die Voraussetzung für die vorliegenden Ergebnisse war, vom Kriterium der Zeit her nicht mit dem zeitlichen Gewinn durch die Therapie zu vergleichen ist.

Eines ist jedoch sicher: der psychisch Kranke holt sich die Zeit des Arztes in Form von Konsultationen, stationären Untersuchungen und Behandlungen und diversen ärztlichen Maßnahmen. Dabei bleibt eine Therapie, die nicht die Psychotherapie einschließt, nur eine inadäquate, symptomatische Therapie.

Hierbei muß betont werden, daß das subjektive Wohlbefinden unserer Bürger, das sich auch in einem gewandelten Verhalten und einem gewandelten Krankheitsstand dokumentiert, ein stärkeres Gewicht haben sollte als zeitliche Probleme.

Wenn man in der Literatur Angaben über Spontanheilungen funktioneller und somatisch neurotischer Störungen findet, dann ist diese Zahl gegenüber der Zahl derer, die ihre Symptome monate- bis jahrelang mit sich herumschleppen, sehr gering (L. CK 1974) und bezieht sich vorwiegend auf Affektreaktionen oder leichte funktionelle Fixierungen (L.CK/KOLC 1976). Die Zeit an sich ist kein therapeutischer Faktor, im Gegenteil; unbehandelte Neurosen chronifizieren dadurch. Dabei ist zu beachten, daß das Verschwinden eines Symptoms kein Indikator für das Heilen einer neurotischen Störung ist. Durch einen Symptomwandel kann der Organismus seinem Kranksein aus einer anderen Position heraus Ausdruck verleihen.

An der vorliegenden Arbeit sollte gezeigt werden, daß es möglich ist, mit einem psychotherapeutischen Minimalaufwand im Rahmen einer allgemeinärztlichen Praxis beachtliche Ergebnisse in der Behandlung von psychisch kranken Menschen zu erzielen.

15. Zusammenfassende Diskussion

Funktionelle und neurotische Störungen sind psychische Erkrankungen, die in der praktischen Tätigkeit vieler Ärzte einen bedeutsamen Platz einnehmen. Allen Fachdisziplinen voran, wird der Facharzt für Allgemeinmedizin mit einer Vielzahl von Patienten, die unter den unterschiedlichsten Störungen dieser Art leiden, konfrontiert. Erschwerend wirkt in diesem Zusammenhang, daß der Mediziner während seines Studiums keine ausreichende Ausbildung für die Erkennung und Behandlung neurotischer Erkrankungen erhält. Auch die Facharztausbildung verläuft vorwiegend bis ausschließlich naturwissenschaftlich orientiert. Diese Diskrepanz zwischen den wachsenden Bedürfnissen der Bürger unseres Staates nach einer optimalen gesundheitlichen Betreuung und dem Unvermögen des Arztes, diesem Bedürfnis ausbildungsmäßig zu entsprechen, wird immer deutlicher. Die zunehmende Bedeutung, die funktionelle und neurotische Erkrankungen in den letzten Jahren erlangten, verlangen von jedem Arzt, sich kritisch mit dem Krankheitsbild des psychisch Kranken und mit seiner eigenen Einstellung dazu auseinanderzusetzen. Die Verantwortung für die Behandlung dieser Störungen kann nicht einer Einrichtung oder einem Facharzt allein überlassen werden. Es ist bekannt, daß jeder 2. bis 3. Patient, der die Sprechstunde des Facharztes für Allgemeinmedizin aufsucht, über funktionelle oder neurotische Störungen klagt und eine Behandlung erwartet. Die Diagnostik und Therapie funktionell-neurotischer Erkrankungen fällt somit also unmittelbar in den Aufgabenbereich des Facharztes für Allgemeinmedizin.

Am Beispiel des Ausbildungsweges eines Facharztes für Allgemeinmedizin in der Psychotherapie wurde dargestellt, wie Stück für Stück ein Ausbildungsdefizit abgebaut werden konnte. Es wurde betont, daß es möglich ist, das erworbene Wissen sofort patientenwirksam werden zu lassen.

Es gibt in der DDR noch keine umfangreichen Erfahrungen, wie sich psychotherapeutisches Wissen und Handeln in der Allgemeinmedizin auf den Patienten und seine Stellung in der Gesellschaft sowie seine Einstellung zur Gesellschaft auswirkt. Anliegen der vorliegenden Arbeit ist es, diese neuen Beziehungen nach einer psychotherapeutischen Behandlung anhand des Krankenstandes, der Konsultationshäufigkeit, des Medikamentenverbrauchs und des subjektiven sozialen Wohlbefindens näher zu untersuchen. Dabei zeigte sich, daß in Gegensatz zu einer unbehandelten Kontrollgruppe mit einem durchschnittlichen Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage um 9 im Jahr, psychotherapeutisch behandelte Patienten eine durchschnittliche Senkung der Arbeitsunfähigkeit um 6,7 Tage haben. Anders ausgedrückt, bedeuten diese 6,7 Tage im Jahr eine Einsparung an Krankentagegeldern von insgesamt 38 763,96 M in den 5 Jahren psychotherapeutischer Tätigkeit (bei Zugrundelegung des durchschnittlichen täglichen Krankentagegeldsatzes).

Es wurde der Frage nachgegangen, ob es möglich ist, durch Psychotherapie die Konsultationshäufigkeit psychisch erkrankter Patienten zu senken. Die Untersuchungen ergaben eine hochsignifikante Senkung der Konsultationshäufigkeit. Es darf jedoch nicht erwartet werden, daß die dadurch eingesparte Zeit, den zeitlichen Mehraufwand, den Psychotherapie nun einmal verlangt, ausgleicht. Autogenes Training, selbst in Gruppenbehandlung vermittelt, verlangt zwar einen geringeren zeitlichen Aufwand, erzielt aber bei funktionellen und neurotischen Erkrankungen eine adäquatere und effektivere Therapie als eine alleinige Pharmakotherapie derartiger Störungen.

Psychotherapeutische Behandlung in der Allgemeinmedizin führt im Mittel zu einer Senkung des Medikamentenkonsums. Im Gegensatz zu einer unbehandelten Kontrollgruppe kam es zu einer hochsignifikanten prozentualen Senkung des Medikamentenverbrauchs, während der prozentuale Anteil derer, die ih-

ren Medikamentenkonsum in den letzten Jahren gesteigert hatten, in der Kontrollgruppe höher lag. An einigen Fallbeispielen wurde das Verhalten psychotherapeutisch behandelter Patienten zum Medikamentenverbrauch näher erläutert.

Der humanistischen Anliegen der Psychotherapie, dem in jedem Falle der höhere Stellenwert einzuräumen ist, trugen Fragen nach der sozialen Integration, nach der Identitätsfindung, Fragen nach dem Erleben und Verhalten Rechnung. Es ist erstaunlich, wie viele Patienten nach Psychotherapie im Rahmen einer Facharztpraxis für Allgemeinmedizin eine Veränderung ihres Verhaltens und Erlebens in Richtung Entspannung, Gelassenheit, Optimismus erlebten. Dieses psychische Wohlbefinden ist als Quelle für die Veränderung des Krankenstandes, der Konsultationshäufigkeit, des Medikamentenverbrauchs, der zunehmenden Kreativität und der Entscheidungen im beruflichen, familiären und gesellschaftlichen Leben anzusehen.

Es wurde untersucht, wie sich eine neue Einstellung zu Konflikten und zu sich selbst bei psychotherapeutisch behandelten im Gegensatz zu unbehandelten Patienten zeigt. Beide Gruppen sind der Ansicht, mit inneren und äußeren Konflikten gleichgut fertig zu werden. Allerdings wird ersichtlich, daß psychotherapeutisch behandelte Patienten sich selbst signifikant besser annehmen können.

Durch diese Einstellungsänderung zu Konflikten und zu sich selbst ist eine Änderung der Einstellung zur sozialen Umwelt, speziell zu Bezugsgruppen, wie Familie, Kollegen, Freundesgruppen usw. zu erwarten, hängen diese doch oftmals ursächlich mit den pathologischen Geschehen zusammen. Der überwiegenden Mehrheit der behandelten Patienten ist es gelungen, eine positive Veränderung des Erlebens und Verhaltens zu erreichen. Einer Drittel von ihnen wurde diese Änderung sogar von der Umgebung mitgeteilt. Es bestand keine signifikante Änderung des Auftre-

tens von Schwierigkeiten mit der Familie bzw. mit Kollegen, jedoch empfinden psychotherapeutisch behandelte Patienten (signifikant) seltener als unbehandelte Patienten ihr Leben unbefriedigender. Daraus kann geschlossen werden, daß Psychotherapie-Patienten mit einer anderen Einstellung an die großen und kleinen Probleme des Alltags herangehen.

Somit werden energiereserven für individuell bedeutsame Entscheidungen und Aktivitäten frei.

Psychotherapeutisch behandelte Patienten fühlen sich deutlich (hochsignifikant) belastbarer als unbehandelte. Es gelingt ihnen eher, sich gegen die Übernahme zu vieler Pflichten zu entscheiden. Dabei fällt auf, daß etwa dreimal soviel Patienten der Therapiegruppe Aufgaben übernommen und neue Kontakte im gesellschaftlichen Leben geknüpft haben wie Patienten in der unbehandelten Kontrollgruppe.

Die Freizeit erleben beide Gruppen gleichermaßen befriedigend. Die Annahme, daß sich Psychotherapie-Patienten eher einem neuen Hobby zuwenden, konnte nicht bestätigt werden. Es scheint eher der Fall zu sein, daß mehr unbehandelte Patienten in einer neuen Freizeitbeschäftigung ein Äquivalent für unerfüllte Wünsche bzw. einen Blitzableiter oder Ausgleich für ungelöste Probleme suchen. Hier wäre ein Ansatzpunkt für weitere Untersuchungen gegeben.

Die Hypothese, daß positive Veränderungen verschiedener Parameter von der Weiterführung des Autogenen Trainings nach Abschluß des T-Kurses abhängen, konnte nicht generell bestätigt werden. Es fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Senkung der Arbeitsunfähigkeit und dem weiteren Training. Das heißt, daß Patienten, die das Autogene Training zu einem Teil ihres Alltags werden

ließen, weniger arbeitsunfähig sind. Für den praktischen Arzt bedeutet das, daß er Patienten, die das Autogene Training erlernten, konsequent auf diese Möglichkeit der Gesunderhaltung hinweist. Hier liegen entscheidende Reserven von volkswirtschaftlicher Bedeutung.

Gleichfalls wird das Ergebnis der Psychotherapie signifikant häufiger von weiterhin Trainierenden als gut eingeschätzt. Das zeigt die hohe Wertschätzung, die das Autogene Training als Therapiemethode bei den Patienten besitzt.

Alle anderen Parameter korrelieren statistisch nicht signifikant mit der Tatsache, daß die Patienten noch trainieren.

Die Hypothese, daß durch eine verbesserte psychotherapeutische Ausbildung des Therapeuten die Effektivität der Therapie steigt, kann weder bejaht noch verneint werden. Es mußte dafür zunächst die Frage beantwortet werden, was als Verbesserung der Effektivität angesehen werden sollte. Wenn man von einer gleichmäßigen Verteilung der Patienten in ihrer therapeutischen Schwierigkeit ausgeht, dann muß die Hypothese abgelehnt werden. Es liegt zwar eine z. T. große Anzahl positiver Veränderungen vor, jedoch bestehen zwischen den einzelnen Gruppen keine signifikanten Unterschiede.

Wenn man die Effektivität jedoch unter dem Aspekt der zunehmenden Aufnahme psychotherapeutisch schwierigerer Patienten in die Therapie betrachtet, kann der Hypothese zugestimmt werden.

Es ist zur Zeit noch nicht möglich, alle psychisch erkrankten Patienten einer adäquaten Therapie der 2. und 3. Stufe nach RDK (1 76) zuzuführen. Ein großer Teil dieser Patienten hat bereits das optimale Therapiealter überschritten. Deshalb wurden in die Therapie auch Patienten

genommen, für die das Autogene Training allein nicht ausreichend sein konnte. Die Ergebnisse der Behandlung mit Autogenem Training bei diesen Patienten überraschten jedoch zum Teil. Andererseits ließ ihr Verhalten beim Autogenen Training Rückschlüsse auf die Kooperation bei einer eventuell weiterführenden Therapie zu. Auf die Tatsache, daß eine Symptombesserung durch AT besonders bei Patienten, die der Psychotherapie negativ gegenüberstanden, zu einer aufgeschlosseneren Haltung gegenüber einer weiterführenden Therapie führt, wies bereits STROTZKA (1968) hin.

Wenn man die Steigerung der Effektivität der Psychotherapie-Ergebnisse durch die bessere psychotherapeutische Ausbildung des Therapeuten unter diesem Blickwinkel betrachtet, dann muß die Steigerung der Qualität der Arbeit einer Erhöhung der Effektivität gleichgesetzt werden. Einer anfänglich unsicheren Haltung gegenüber den Patienten und der ungewohnten Therapiemethode folgte eine Zeit der zunehmenden Sicherheit im Umgang mit beiden. Der statistisch sichtbare Abfall der therapeutischen Effektivität wird bei Weiterführung der Therapie und bei weiterer Ausbildung des Therapeuten ausgeglichen und zeigt eine steigende Tendenz. Es wäre interessant, zu verfolgen, wie sich die Effektivität am Beispiel der Konsultationszahlen und der Arbeitsunfähigkeit weiterhin gestaltet.

Hier ergaben sich außerdem Ansatzpunkte für die Lösung weiterer Fragen.

1. Sind die relativ guten Ergebnisse der psychotherapeutischen Behandlung am Anfang der psychotherapeutischen Tätigkeit eines Arztes generell vorhanden oder sind sie spezifisch für den Therapeuten der vorliegenden Arbeit?

2. Kommt es generell zu einem Absinken der Effektivität der meßbaren therapeutischen Leistungen (ca. 2 Jahre nach Beginn der psychotherapeutischen Tätigkeit)?

3. Besteht auch in gleichgelagerten Untersuchungen die Tendenz zur Übernahme der Behandlung schwierigerer Patienten?

Abschließend wurde der Frage nachgegangen, ob es mit Psychotherapie in der allgemeinmedizinischen Praxis möglich ist, finanziell einen Effektivitätsnachweis zu erbringen. So wurde die durchschnittliche Senkung der Arbeitsunfähigkeitsdauer durch Psychotherapie von 6,2 Tagen pro Patient pro Jahr zugrunde gelegt. Bei der ständigen Steigerung des durchschnittlichen täglichen Krankengeldes wurde 1981 in der DDR ein Satz von 25,56 M pro Krankentag erreicht. Für den Kreis, in dem die vorliegenden Untersuchungen erfolgten, konnte bei einem täglichen Krankengeldsatz von 23,[illegible] M allein für das Jahr 1981 eine Einsparung von 14 213,88 M erreicht werden. Summarisch wurde damit für 5 Jahre psychotherapeutischer Tätigkeit eines Facharztes für Allgemeinmedizin eine Einsparung nur an Krankentagegeldern von 38 763,96 M errechnet. Es ist anzunehmen, daß diese Zahl noch zu gering angesetzt ist, da es sich bei den behandelten Patienten vorwiegend um Angehörige von Berufen mit einer höheren Vergütungsgruppe handelt, deren Krankentagegeldsatz zum Teil erheblich über dem durchschnittlichen Krankentagegeldsatz liegt.

Zu diesen Einsparungen kämen noch Kosten für Medikamente, stationäre Diagnostik und Behandlungen, Kosten für physiotherapeutische Maßnahmen u. v. a. m.

Eine Senkung der Konsultationen von durchschnittlich 2,2[illegible] pro Patient pro Jahr brachte allein 1981 eine Verringerung von rund 194 Konsultationen bei psychothera-

peutisch behandelten Patienten. Daß dieser Gewinn an Zeit nicht vergleichbar ist mit dem höheren zeitlichen Einsatz, den Psychotherapie verlangt, wurde bereits betont. Das sollte Allgemeinmediziner und Fachärzte anderer Fachrichtungen jedoch nicht zurückschrecken lassen, sich den psychisch Kranken mit einer adäquaten Therapie zu stellen. Psychotherapeutische Kenntnisse und Fähigkeiten in Diagnostik und Therapie müssen zum Ausbildungsstandard für Allgemeinmediziner gehören. Psychotherapie ist erlernbar. (STOKVIS 1961).

Die Empfehlungen der Arbeitsgruppe der Psychotherapeuten der sozialistischen Länder anläßlich ihres IV. Symposions im Oktober 1982 gehen dahin, die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung von Studenten und Ärzten verschiedener Fachrichtungen, insbesondere der Fachärzte für Allgemeinmedizin, zu fördern, um eine einseitige somatische Betrachtungsweise in der Medizin zu überwinden und damit gesundheitspolitisch bedeutsame Reserven zu erschließen. (SEEFELDT, PEPER 1983).

Der überhöhte Krankenstand, eine ineffektive Verordnung von Medikamenten, die Frühinvalidität, der Arznei- und Genußmittelmißbrauch und das Anwachsen von psychosozial bedingten Störungsgruppen sind Probleme, deren Lösung entscheidend von der Integration psychotherapeutischen Denkens und Handelns in die Arbeit jedes Mediziners, speziell aber des Allgemeinmediziners, abhängt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, daß es möglich ist, dieses psychotherapeutische Denken und Handeln in der Alltagspraxis des Allgemeinmediziners anzuwenden.

In einer Facharztpraxis für Allgemeinmedizin ist es im Rahmen der Grundbetreuung möglich, mit einem vertretbaren psychotherapeutischen Aufwand psychisch erkrankte Patienten erfolgreich zu behandeln.

16. Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurde untersucht, in welchem Maße es möglich ist, psychotherapeutische Verfahren in der Alltagspraxis eines Allgemeinmediziners effektiv einzusetzen.

Begründet wurde diese Aufgabe

- mit dem hohen Anteil psychisch kranker Menschen unter den Patienten, die den Allgemeinmediziner aufsuchen. (Über 50 % der Frauen zwischen 16 und 60 Jahren)
- mit dem hohen Krankenstand, an dem nicht unwesentlich Kranke mit psychonervalen Störungen beteiligt sind.
- mit dem hohen ungerechtfertigten Medikamentenverbrauch bei dieser Erkrankung.
- mit den Schäden, die Medikamente, insbesondere Psychopharmaka, Sedativa und Analgetika bei permanenter Einnahme hervorrufen können.
- mit dem mangelnden Vertrauensverhältnis vieler derartiger Patienten zum Arzt, wobei durch Arztwechsel, Überweisungen, Spezialuntersuchungen usw. die Sprechstunden aller Ärzte unnötig belastet werden.

Zur Untersuchung gelangten 108 Patientinnen, die in einer allgemeinmedizinischen Praxis psychotherapeutisch behandelt wurden.

Als psychotherapeutisches Verfahren kamen symptom- und konfliktzentrierte Gespräche und das Autogene Training zur Anwendung. Zur Nachuntersuchung wurden neben einem individuellen Fragebogen mit Fragen zur Person der Katamnesefragebogen nach BECK, der BFB und VFB und der VEV verwendet.

Zum schnellen Vergleich der erhaltenen Antworten aus den Fragebögen jedes einzelnen Patienten ist eine Sichtloch-

karte entwickelt worden.

Folgende Ergebnisse konnten formuliert werden:

- Es ist möglich, Psychotherapie in der allgemeinmedizinischen Praxis zur Behandlung psychisch kranker Patienten in der Grundbetreuung einzusetzen.
- Die Integration der Psychotherapie in das ärztliche Denken und Handeln erwies sich als effektives Behandlungsverfahren bei der Senkung der Arbeitsunfähigkeit.
- Mit Psychotherapie gelingt es, den Medikamentenverbrauch zu verringern.
- Psychotherapie in der allgemeinärztlichen Praxis verbessert das Arzt-Patient-Verhältnis. Damit ist es möglich, die Konsultationshäufigkeit bei psychotherapeutisch behandelten Patienten statistisch signifikant zu senken.
- Das subjektive Erleben psychotherapeutisch behandelter Patienten ändert sich in Richtung Wohlbefinden.

Bei der Lösung solcher Probleme von gesundheitspolitischer Bedeutung wie Krankenstand, Medikamentenverbrauch und Konsultationshäufigkeit trägt der allgemeinmedizinische Arzt eine große Verantwortung. Deshalb muß der Frage, ob Psychotherapie als erfolgreiche Therapiemethode zur Behandlung funktionell-neurotischer Störungen in der allgemeinärztlichen Praxis eingesetzt werden kann, zugestimmt werden.

17. Literatur- und Quellenverzeichnis

1. Ankermann, I., Stähr, B.: Die Umsatzsteigerung von Analgetika und Hypnotika im Bezirk Gera in den Jahren 1954 - 1964. Dt. Gesundh.-Wesen.- Berlin 22 (1967) 12.- S. 542 - 546

2. Anochin, P. K.: Das funktionelle System als Grundlage der physiologischen Architektur des Verhaltensaktes. Jena: Fischer Verl., 1967.-

3. Ärztliche Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit - Betrieblicher Krankenstand. Berlin: Staatsverlag der DDR, 1978.-

4. Ausgewählte theoretische Aspekte psychotherapeutischen Erkennens und Handelns. Autorenkollektiv, Ltg. Katzenstein A., Thom A. Jena: Fischer Verl., 1981.- (Med. u. Gesellschaft Bd. 11)

5. Baumann, W., Otto, E., Thiele, H.: Psychische und neurovegetative Beanspruchungen im Arbeitsprozeß und ihre Auswirkungen auf die Gesundheits- und Persönlichkeitsentwicklung. Z. Ärztl. Fortbild.- Jena 67 (1973) 8.- S. 412 - 416

6. Balint, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.- 5. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 1980.-

7. Barolin, G. S.: Psychotherapiemethoden. Übersicht. Persönliche Mitteilung, März, 1982.-

8. Bastecky, J.: Behandlungsmethoden der psychosomatischen Kranken in der Tschechoslowakei. In: Stellung und Aufgaben der Psychotherapie im sozialistischen Gesundheitsschutz. Symposium aus Anlaß des 65. Geburtstages von Prof. Dr. phil. habil. A. Katzenstein, 21. - 22. 5. 1980, Berlin: Zentralinstitut Herz-Kreislaufforschung, 1980.- S. 96 - 101

9. Baumann, R.: Schwerpunkte und Prognostik der zentralnervösen Regulationsforschung. 6. Arbeitstagung über Probleme nervaler Regulationen.- 28. und 29. 11. 1969.
Dt. Gesundh.-Wesen.-
Berlin 25 (1970) 24.- S. 1143 - 1144

10. Baumann, R., Hecht, K.: Streß, Neurose, Herz-Kreislauf.
Berlin: Dt. Verl. d. Wiss., 1977.-

11. Baumann, R., Thybusch, D., Gödicke, W., Kleinau, E., Bansi, D.: Funktionskinetik von Insulin, Lipiden und Cortisol nach i. V. Glucosebelastung in Frühstadien der essentiellen Hypertonie.
Dt. Gesundh.-Wesen.-
Berlin 26 (1971) 12.- S. 525 - 536

12. Baumann, R., Graff, Ch.: Die Vergesellschaftung des Frühstadiums der essentiellen Hypertonie mit latenten und asymptomatischen diabetischen Kohlenhydrat-Stoffwechseldefekten.
Dt. Gesundh.-Wesen.-
Berlin a 23 (1968) 34.- S. 1585 - 1593
b 23 (1969) 35.- S. 1633 - 1638

13. Beck, D.: Die Kurzpsychotherapie.
Bern, Stuttgart, Wien: Verl. Hans Huber, 1974.-

14. Beckmann, D.: Psychologische Determinanten in der Arzt-Patient-Beziehung.
Münchener Med. Wochenschr.-
München 114 (1972) 4.- S. 133 - 139

15. Béla, H.: Ätiopathogenese, Prognose und Therapie der essentiellen Hypertonie.
Z. ges. inn. Med.-
Leipzig 17 (1962) 18.- S. 821 - 826

16. Berner, P., Elis, E.: Streß und Schmerz.
In: Streß und Nervensystem.
Hrsg.: Lechner H.; Scrinzi, O.
9. Veldener Symposium 1974.-
München-Gräfelfing: Werk-Verl. Dr. E. Banaschewski, 1975.-

17. Binder, H.: Psychotherapeutische Möglichkeiten in einer Allgemeinpraxis.
Medizin heute.- Hannover 15 (1966) 4.- S. 112 - 114

18. Blohmke, M.: Übergewicht und Serumcholesterin in Abhängigkeit von biologischen und sozialen Faktoren.
In: Gesundheitspolitik und sozialmedizinische Forschung.
Hrsg. Blohmke, M.
Stuttgart: Gentner, 1972.- S. 169 - 173
Arb.-Med., Soz.-Med., Arb.-hyg.- Bd. 45

19. Blohmke, M., Schaefer, H.: Die soziale Umwelt von Tier und Mensch als Krankheitsfaktor.
Arb.-Med., Soz.-Med., Arb.-hyg.- Bd. 3
Stuttgart: 1966.- S. 141 - 147

20. Bochnik, H. J.: Menschliche Konflikte als ärztliche Aufgabe von morgen.
In: Ausbildung zum Arzt von morgen.
Hrsg.: Schipperges, H.
Stuttgart: Thieme, 1971.-

21. Bochnik, H. J., Schwarz, K.: Streß und vasomotorischer Kopfschmerz.
In: Streß und Nervensystem.
Hrsg.: Lechner, H.; Scrinzi, O.
9. Veldener Symposium 1974.
München-Gräfelfing: Werk-Verl. Dr. E. Banaschewski, 1975.-

22. Böhm, M., Müller-Hegemann, D., Vater, D.: Vasovegetative Störungen beim autogenen Training.
Bericht über die 6. Arbeitstagung über Probleme nervaler Regulationen.
Dt. Gesundh.-Wesen.-
Berlin 25 (1970) 25.- S. 1197

23. Böttcher, H. F., Orschekowski, [illegible]: Erfahrungen mit Psychoprophylaxegruppen in Industriebetrieben.
Z. ärztl. Fortbild.- Jena 67 (1973) [illegible]
[illegible]

24. Brandlmeier, P., Krüsi, G.: Der praktische Arzt heute.
Bern, Stuttgart: Verl. Hans Huber, [illegible].-

25. Bräutigam, W.: Reaktionen - Neurosen - Abnorme Persönlichkeiten.- 4. Aufl.
Stuttgart: Thieme Verl., 1978.-

26. Brautigam, W., Christian, P.: Psychosomatische Medizin. - 2. Aufl. Stuttgart: Thieme Verl., 1975.-

27. Ehrlicher, Chr.: Hauptreferat auf der 3. Tagung des Nationalen Komitees für Gesundheitserziehung der DDR
In: Gesundheitserziehung und Krankenstand am 30. 3. 1978.- Arbeitsmaterial
Dresden: 1978.- S. 5 - 24

28. Clauß, G. (Gesamtleitung): Wörterbuch der Psychologie. - 3. Aufl.
Leipzig: Bibliographisches Institut, 1981.-

29. Clauß, G., Ebner, H.: Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen und Soziologen.
Berlin: Verl. Volk und Wissen, 1974.-

30. Conrads, U.: Städtebau zwischen Unvernunft und Hoffnung.
In: Das beschädigte Leben.
Hrsg.: Mitscherlich, A.
Diagnose und Therapie in einer Welt unabsehbarer Veränderungen.
München: Piper, R. & Co., 1969.-

31. Dannenberg, Ch., [illegible], Liebisch, I.: Zur Wissenschaftlichkeit der Arzneitherapie.
Med. akt. 8 (1982) 11.- S. 481

32. di Pol, G., [illegible]: Zum Zusammenhang zwischen Methodenkombination und Therapieziel.
Symposium "Praktische Psychotherapie" 15. - 16. November 1978.
Friedrichroda: 1978.-
Kurzreferate

33. Direktive des [illegible] der SED zum Fünfjahrplan für die Entwicklung der Volkswirtschaft der DDR in den Jahren 1976 - 1980. 18.-- 22. 5. 1976.
Berlin: Dietz Verl., 1976.-

34. Direktive des [illegible] der SED zum Fünfjahrplan für die Entwicklung der Volkswirtschaft der DDR in den Jahren 1981 - 1985. 11.- 16. 4. 1981.
Berlin: Dietz Verl., 1981.-

35. Dobrotka, G.: Psychotherapeutische Ansätze im Grenzbereich der psychischen Norm bei Rechtsbrechern.
In: IV. Internationales Symposion der Psychotherapeuten sozialistischer Länder. Veranstaltet von der Internationalen Arbeitsgruppe "Psychotherapie sozialistischer Länder" und der Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie der DDR - Potsdam: Vorträge, 26. - 29. 10. 19[illegible].- S. 129 - 133

36. Drunkerölle, R.: Neurosenpsychologische Befunde bei chronischer Urtikaria.
Dt. Gesundh.-Wesen.-
Berlin 26 (1971) 9.- S. 398

37. Dührssen, A.: Das Problem der Intelligenz in der Psychologie.
Vortrag auf der Tagung des Gesamtverbandes Deutscher Nervenärzte, Wiesbaden, Sept. 1963.
Der Nervenarzt.-
Berlin 35 (1965) 1.- S. 22 - 28

38. Eberlein, G.: Autogenes Training für Fortgeschrittene.
Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt, 1[illegible].-

39. Eckey, P.: Nierenschädigung und Phenazetinabusus.
Z. ges. inn. Med.-
Leipzig 17 (1962) 23.- S. 1046-1050

40. Ehrenpfordt, U.: Erfahrungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin mit der Psycho[illegible].
Kurzvortrag als Bereichsarzt in der Kleinstadt.
5. Jahrestagung der Regionalgesellschaft für Ärztliche Psychotherapie des Bezirkes Potsdam.
18. 4. 1980.-

41. Ehrenpfordt, U.: Vom Psychotherapiegrundkurs bis zur Dissertation.
Vortrag als wissenschaftlichen Beitrag der Regionalgesellschaft Potsdam anläßlich des IV. Internationalen Symposiums der Psychotherapeuten sozialistischer Länder, Potsdam - 29. Oktober 1982.-

42. Eichhorn, H.: Simulanten.
Deine Gesundheit.-
Berlin 21 (1976) 11.- S. 332 - 338

43. Eiff, A. W. v.: Essentielle Hypertonie.
Stuttgart: Thieme Verl., 1967.-

44. Eiff, A. W. v.: Seelische und körperliche Störungen durch Streß.
Stuttgart: Fischer Verl., 1976.-

45. Eiff, A. W. v., Kloska, G., Quint, H.: Essentielle Hypertonie.
Stuttgart: Thieme Verl., 1967.-

46. Enke, H. (Hrsg.): Kursus der Medizinischen Psychologie.
München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg, 1971.-

47. Enke, H., Enke-Perchland, E., Kolzahn, ..., Pohlmeier, H., Speierer, G.-W., Tronchke, J. v.: Lehrbuch der Medizinischen Psychologie, 3. Aufl.
München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1976.-

48. Erbe, A., Hess, H.: Die Häufigkeit neurotischer Störungen in einem Kneipsanatorium und daraus resultierende Konsequenzen.
Z. Ärztl. Fortbild.
Jena 69 (1975) 22.- S. 1173 - 1175

49. Faulhaber, H. D.: Hypertonie.
Med. akt.- Berlin 1 (1975) 8.-
S. 352 - 355

50. Feiereis, H., Thilo, M. J.: Basiswissen Psychotherapie.
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1980.-

51. Felder, ...: Einsatz Trendsuggestiver Verfahren in der Allgemeinpraxis.
Z. Ärztl. Fortbild.-
Jena 67 (1973) 8.- S. 392 - 393

52. Finzen, A.: Arzt, Patient und Gesellschaft.
Stuttgart: Fischer Verl., 1969.-

53. Gall, H.: Stellenwert von Schlafmitteln in der komplexen Behandlung.
Medikamentum.-
Berlin 22 (1981) 11.- S. 336 - 337

54. Günshirt, H.: Streß und Schlaf.
In: Streß und Nervensystem.
Hrsg.: Lechner, H.; Scrinzi, O.
9. Veldnener Symposium 1974.
München-Gräfelfing: Werk-Verl.
Dr. E. Banaschewski, 1975.- S. 24 - 28

55. Gesundheitserziehung und Krankenstand. Auszüge aus der 3. Tagung des Nationalen Komitees für Gesundheitserziehung der DDR am 30. März 1978.- Arbeitsmaterial

56. Graff, H.,
Baumann, R.,
Ziprian, H.,
Gödicke, W.,
Hartrodt, W.: Das Verhalten vegetativer und biochemischer Parameter bei essentiellen Hypertonikern während psychischer Streßsituationen.
Dt. Gesundh.-Wesen.-
Berlin 26 (1971) 1.- S. 6 - 11

57. Göth, K.,
Göth, J.,
Weigelin, J.: Zum Problem der negativen Effekte in der Psychotherapie.
Psychiatr., Neurol., med. Psychol.-
Leipzig 32 (1980) 9.- S. 550 - 556

58. Greer, [illegible]: Brustkrebs durch Streß begünstigt?
Med. akt.- Berlin 2 (1976) 11.-
S. 503

59. Hausner, K.,
Kratochvil, St.,
[illegible] (Hrsg.): Psychotherapie in sozialistischen Ländern.
Leipzig: Thieme Verl., 1975.-

60. [illegible]: Sozialmedizinische Forschung in der Allgemeinpraxis.
In: Gesundheitspolitik und sozialmedizinische Forschung.
Hrsg. Blohmke, M.
Stuttgart: Gentner, 1972.- S. 57 - 61
Arb.-Med., Soz.-Med., Arb.-hyg.-
[illegible]. 41

61. Hecht, K.: Der Mensch neben Dir.
Leipzig, Jena, Berlin: Urania Verl., 1966.-

62. Hecht, K.: Streß - gesundheitsgefährdend oder leistungsfördernd.
Urania.-Leipzig 52 (1976) 12.-
S. 28 - 32

63. Hecht, K.: Emotioneller Streß und Gesundheit.
Berlin: Urania im Funk - Vortrag vom 4. 5. 1977.-

64. Hecht, K.: Einige psychobiologische Aspekte zur Psychotherapie.
In: Ausgewählte theoretische Aspekte psychotherapeutischen Erkennens und Handelns.
Autorenkollektiv, Ltg.: Katzenstein, A. Thom, A.
Jena: Fischer Verl., 1981.- S. 64 - 94
Medizin und Gesellschaft - Bd. 11

65. Hecht, K., Poppei, M.: Zur Rolle des Umweltfaktors in der [illegible]beziehung eines Organismus.
Berlin: Arbeitsmaterial des Forschungsverbandes Herz-Kreislaufkrankheiten 1977.-

66. Hecht, K., Poppei, M.: Fortschritte der Medizin - Zum gegenwärtigen Stand der Streßforschung.
DDR - Med. - Rep.-
Berlin 10 (1981) 10.- S. 879 - 926

67. Hecht, K., Treptow, K., Hecht, T., Choinowski, S., Poppei, M.: Aspekte der Organismus-Umwelt-Beziehung für die Pharmakotherapie.
Dt. Gesundh.-Wesen.-
Berlin 23 (1968) 38.- S. 1777

68. Hecht, St.: Zur Problematik neurotisch-funktioneller Beeinträchtigungen bei Leitungskadern.
Z. ärztl. Fortbild.-
Jena 77 (1983) 1.- S. 36 - 40

69. Heine, H.: Die Rolle der Psychotherapie aus der Sicht des Internisten.
In: Stellung und Aufgaben der Psychotherapie im sozialistischen Gesundheitsschutz.
Symposium aus Anlaß des 65. Geburtstages von Prof. Dr. phil. habil. A. Katzenstein, 21. - 22. 5. 1980
Berlin: Zentralinstitut Herz-Kreislaufforschung, 1980.- S. 4 - 8

70. Helm, J.: Psychotherapieforschung
Fragen - Versuche - Fakten.
Berlin: Dt. Verl. d. Wiss., 1972.-

71. Helm, J.: Das Problem der psycho-physischen Einheit aus sozialpsychologischer Sicht.
Z. ärztl. Fortbild.-
Jena 67 (1973) 7.- S. 309 - 313

72. Helm, J.: Gesprächspsychotherapie.- 3. Aufl.
Berlin: Dt. Verl. d. Wiss., 1981.-

72. Helm, J., Kasielke, E., Mehl, J., Strauß, E.-H.: Neurosenpsychologie.- 3. Aufl. Berlin: Dt. Verl. d. Wiss., 1981.-

73. Hepach, H.: Spekulationen und rationale Momente in der psychosomatischen Krankheitslehre von Alexander Mitscherlich. In: Ausgewählte theoretische Aspekte psychotherapeutischen Erkennens und Handelns Autorenkollektiv, Ltg.: Katzenstein, A.; Thom, A. Jena: Fischer Verl., 1981.- S. 202 - 227 Medizin und Gesellschaft Bd. 11

74. Hess, H., Kasten, P.: Untersuchungen über neurotisch-funktionelle Störungen bei arbeitsunfähig geschriebenen Patienten. Z. ärztl. Fortbild.- Jena (Z. Z. im Druck)

75. Hess, H., König, W., Ott, J.: Psychotherapie - Integration und Spezialisierung. Leipzig: Thieme Verl., 1980.-

76. Hessenberger, K.: Die berufliche Belastung der Frau und ihr Entschluß zur Geburt oder Interruptio. Berlin: Akad. f. Ärztl. Fortbildung d. DDR, Diss. A 1980.-

77. Hirschmann, J.: Vegetativum. In: Streß und Nervensystem. Hrsg.: Lechner, H.; Scrinzi, O. 9. Veldener Symposium 1974 - München-Gräfelfing: Werk-Verl. Dr. E. Banaschewski, 1975.-

78. Höck, K.: Gruppenpsychotherapie.- Einführung und Aspekte.- 2. Aufl. Berlin: Dt. Verl. d. Wiss., 1978.-

79. Höck, K.: Zur Entwicklung eines umfassenden integrierten Systems der Psychodiagnostik und Psychotherapie in der DDR. In: Stellung und Aufgaben der Psychotherapie im sozialistischen Gesundheitsschutz. Symposium aus Anlaß des 65. Geburtstages von Prof. Dr. phil. habil. A. Katzenstein.- 21.- 22. 5. 1980. Berlin: Zentralinstitut Herz-Kreislaufforschung, 1980.- S. 17 - 24

80. Höck, K., Ott, J., Vorwerg, ...: Theoretische Probleme der Gruppenpsychotherapie. Psychotherapie und Grenzgebiete Leipzig: Johann Ambrosius Barth, 1981.-

81. Höck, K., Hess, H.: Der Beschwerdefragebogen (BFB). Berlin: Dt. Verl. d. Wiss., 1975.-

82. Höck, K., Hess, H.: Der Verhaltensfragebogen (VFB). Berlin: Dt. Verl. d. Wiss., 1976.-

83. Höck, K., König, W.: Neurosenlehre und Psychotherapie für die allgemeinmedizinische Praxis. 1. Aufl. Jena: Fischer Verl., 1976.-

84. Höck, K., Szewczyk, H., Wendt, H.: Neurosen - Ätiopathogenese, Diagnostik und Therapie.- 3. Aufl. Berlin: Dt. Verl. d. Wiss., 1973.-

85. Höck, K., Seidel, K.: Psychotherapie und Gesellschaft. Berlin: Dt. Verl. d. Wiss., 1976.-

86. Hollitscher, W.: Der Mensch im Weltbild der Wissenschaft. Wien: Globus-Verl., 1969.-

87. Honecker, E.: Bericht des Zentralkomitees der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands an den IX. Parteitag der SED, 18. - 22. 5. 76. Berlin: Dietz Verl., 1976.-

88. Honecker, E.: Bericht des Zentralkomitees der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands an den X. Parteitag der SED, 11. - 16. 5. 1981. Berlin: Dietz Verl., 1981.-

89. Jansen, G.: Lärm als Krankheitsursache. Dt. med. Wochenschr.- Stuttgart 92 (1967) 50.- S. 2325 - 2328

90. Juli, D., Engelbrecht-Greve, M.: Streßverhalten ändern lernen. Programm zum Abbau psychosomatischer Krankheitsrisiken.- Hamburg: Rowohlt, 1980.-

91. Kabanow, M. M.: Psychotherapie und Rehabilitation als wichtige Aspekte der modernen Medizin.
In: Stellung und Aufgaben der Psychotherapie im sozialistischen Gesundheitsschutz.
Symposium aus Anlaß des 65. Geburtstages von Prof. Dr. phil. habil. A. Katzenstein
21. - 22. 5. 1980,
Berlin: Zentralinstitut Herz-Kreislaufforschung, 1980.- S. 33 - 38

92. Katzenstein, A.: Kurze Psychotherapie.
In: Psychotherapie in sozialistischen Ländern.
Hrsg.: Hausner, K.; Kratochoil, St.; Höck, K.
Leipzig: Thieme Verl, 1975.-
S. 203 - 206

93. Katzenstein, A.: Soziogenetische Erwägungen zur Diagnostik neurotischer und zerebrovisceraler Störungen.
Psychiatr., Neurol., med. Psychol.-
Leipzig 30 (1978 a) 6.-
S. 342 - 349

94. Katzenstein, A.: Zu einigen Problemen der Methodenkombination.
Symposium "Praktische Psychotherapie" 14. - 16. 11. 78. Kurzreferate.
Friedrichrode: 1978 b.-

95. Katzenstein, A.: Psychotherapie - Wege zur Veränderung von Einstellung und Verhalten.
Berlin: Akad.-Verlag, 1980 a.-

96. Katzenstein, A.: Schlußwort auf dem Symposium aus Anlaß seines 65. Geburtstages, 21. - [illegible].
Berlin: Zentralinstitut Herz-Kreislaufforschung, 1980 b.-

97. Katzenstein, A., Gaefke, I., Kriegel, E.: Zur Vielfalt der Wechselbeziehungen psychischer Einflüsse bei Entstehung und Verlauf des Hypertonus.
Verh. dt. Gesellschaft exper. Med.
Berlin: Volk u. Gesundheit. (1967)
Bd. 20.- S. 79 - 86

98. Katzenstein, A., Kriegel, E.: Zum gegenwärtigen Stand der psychophysiologischen Beeinflussung maladaptiver Verhaltensschablonen bei Hypertonikern.
Dt. Gesundh.-Wesen.- Berlin 26
(1971) 32.- S. 1517 - 1521

99. Katzenstein, A., Kriegel, A., Starke, H., Thom, A.: Überlegungen zur Stellung und Funktion der Psychotherapie in der Medizin der entwickelten sozialistischen Gesellschaft. In: Ausgewählte theoretische Aspekte psychotherapeutischen Erkennens und Handelns. Hrsg.: Katzenstein, A.; Thom, A. Jena: Fischer Verl., 1981.- S. 13 - 34, Med. u. Gesellschaft Bd. 11.-

100. Kerber, H.: Persönliche Mitteilungen 1981

101. Kittlaus, H.: Untersuchungen mit den Beschwerden- und Verhaltensfragebogen (BFB, VFB) an gesunden Personen und Neurosekranken. Psychiatr., Neurol., med. Psychol.- Leipzig 32 (1980) 8.- S. 477 - 484

102. Klimkovà-Deutschovà, E.: Die Doppelbelastung der Frau im Arbeitsprozeß. Psychiatr., Neurol., med. Psychol.- Leipzig 15 (1962) 3.- S. 109 - 116

103. Klumbies, G.: Notwendigkeit und Vorteile der Methodenkombination in der Psychotherapie. In: Psychotherapie in sozialistischen Ländern. Hrsg.: Haussmer M.; Kratochvil, St.; Höck, K. Leipzig: Thieme Verl., 1975.-

104. Klumbies, G.: Psychotherapie in der Inneren und Allgemeinmedizin. Leipzig: S. Hirzel Verl., 1980.-

105. Köhle, P.: Risikofaktor Einfluglgkeit. Weltbühne.- Berlin 76 (1981) 36.- S. 1130 - 1132

106. Köhle, C., Köhle, P.: Der Mensch als Partner. Weltbühne.- Berlin 75 (1980) 32.- S. 1017 - 1019

107. König, W.: Autogenes Training in offenen gestuften Gruppen.
Z. Ärztl. Fortbild.-
Jena 67 (1973) 8.- S. 388 - 390

108. König, W., di Tol, [illegible]., Schaeffer, G.: Fibel für autogenes Training.
Jena: Fischer Verl., 1977.-

109. König, W., di [illegible], [illegible]., Schaeffer, G.: Autogenes Training - Ein Grundriß.
Jena: Fischer Verl., 1979.-

110. Kopske, Chr.: Was erwartet der Bürger von seinem Hausarzt.
Dt. Gesundh.-Wesen.- Berlin 35 (1980) 24.-
S. 922- 925

111. Krapf, C.: Autogenes Training und das ärztliche Gespräch.
Fortschr. Med.- Gauting 90 (1972) 28.-
S. 1030 - 1034

112. Krapf, C.: Autogenes Training in der ärztlichen Praxis.
Gedanken und Erfahrungen.
Fortschr. Med.- Gauting 95 (1977) 9.-
S. 542 - 546, S. 592

113. Kreibich, H., Kritsikis, Sp., Eitner, S.: Zur Problematik der Beziehungen zwischen Berufsarbeit, Gesundheitszustand, Häufigkeit und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.
Dt. Gesundh.-Wesen.-
Berlin 23 (1968) 36.- S. 1681

114. Kriegel, A.: Abschlußwort auf dem IV. Internationalen Symposion der Psychotherapeuten sozialistischer Länder
Potsdam 29. 10. 1982.-

115. [illegible]riegel, [illegible]., Gaefke, S., Katzenstein, A., Bühlig, K.: Soziomotorisches Training.
Symposium "Praktische Psychotherapie"
15. - 16. 11. 78, Kurzreferate.-
Friedrichroda: 1978.-

116. Kühne, G.-E.: Soziologische Probleme des psychisch Kranken.
Z. Ärztl. Fortbild.-
Berlin 67 (1973) 8.- S. 417 - 419

117. Kühne, G.-E., Genz, A.: Bericht über das X. Donau-Symposium für Psychiatrie.
Medikamentum.- Berlin 24 (1983) 2.-
S. 50 - 51

118. Kukowka, A.: Über die Seuche der Verkehrsunfälle.
Z. ges. inn. Med.-
Leipzig 17 (1962) 16.- S. 723 - 725

119. Kulawik, H., Ott, G.: Seelische Hintergründe des Ulcusleidens.
Med. akt.-
Berlin 9 (1983) 1.- S. 8 - 10

120. Kunzendorf, ., Stübe, G.: Zur Krankheitstheorie psychosomatischer Prozesse.
Beitrag zu den Thesen zum 2. Sommerfelder Kolloquium.
Humanitas.- Berlin 22 (1982) 8.- S. 9

121. Langen, D.: Streß und seelische Störung.
In: Streß und Nervensystem
Hrsg.: Lechner, H., Scrinzi, O.
9. Veldener Symposium 1974
München-Gräfelfing: Werk-Verl.
Dr. E. Banaschewski, 1975.- S. 36 - 40

122. Lechner, H., Scrinzi, O.: Streß und Nervensystem.
9. Veldener Symposium 1974
München-Gräfelfing: Werk-Verl.
Dr. E. Banaschewski, 1975.-

123. Leder, St.: Berufsfaktoren und neurotische Störungen.
In: Konflikte im Beruf.
Hrsg.: Szewczyk, H.
Berlin: Dt. Verl. d. Wiss., 1968.-

124. Leder, St.: Kompetenz oder Selbstverständnis des Psychotherapeuten.
In: Stellung und Aufgaben der Psychotherapie im sozialistischen Gesundheitsschutz.
Symposium aus Anlaß des 65. Geburtstages von Prof. Dr. phil. habil. A. Katzenstein 21. - 22. 5. 1980.-
S. 61 - 69

125. Leitner, I.: Der psychisch Kranke in der Allgemeinpraxis.
Der Landarzt.-
Stuttgart 41 (1965) 34.-
S. 1460 - 1463

126. Leonhard, K.: Prävention von Neurosen durch rechtzeitige Differenzierung wunschneurotischer und befürchtungsneurotischer Ansätze.
Dt. Gesundh.-Wesen.-
Berlin 23 (1968) 33.- S. 1560 - 1562

127. Lienert, G. A.: Verteilungsfreie Methoden der Biostatistik. (Band 1)
Meisenheim: Anton Hain, 1973.-

128. Lienert, G. A.: Verteilungsfreie Methoden der Biostatistik. (Tafelband)
Meisenheim: Anton Hain, 1975.-

129. Lindemann, M.: Das limbische System, seine Beziehung zu vegetativen Regulationen und Emotionen.
Z. ärztl. Fortbild.-
Jena 67 (1973) 7.- S. 322 - 323

130. Litschko, A. J.: Die Psychologie der Beziehungen als theoretische Konzeption der medizinischen Psychologie und Psychotherapie.
Psychiatr., Neurol, med. Psychol.-
Leipzig 30 (1978) 6.- S. 334 - 341

131. Luban- Plozza, B.: Psychologische Aspekte des Medikaments.- Gedanken des Tagungspräsidenten zur Herbsttagung der Schweizerischen Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin zum Thema "Das Medikament im heutigen Gesundheitswesen" vom 26. und 27. 10. 1979 Medicamentum.-
Berlin 22 (1981) 4.- S. 107 - 111

132. Luban-Plozza, B.: Arzneimitteltherapie und die Beziehung zum Patienten.
Med. akt.-
Berlin 9 (1983) 1.- S. 41 - 42

133. Maaß, H.-J.: Die Behandlung chronifizierter Neurosen in der Ambulanz.
In: Symposium "Praktische Psychotherapie" 14. - 16. Nov. 1978
[illegible]
Friedrichroda: 1978.-

134. Mecklinger, L., Kriewald, H., Lämmel, R.: Gesundheitsschutz und soziale Betreuung der Bürger.
Berlin: Volk u. Gesundheit, 1974.-

135. Meier-Ewert, K., Baumgart, H.-H., Friedersberg, P.: Thromboembolische Komplikationen bei neuro- und thymoleptischer Behandlung.
Dt. med. Wochenschr.-
Stuttgart 92 (1967) 47.-
S. 2174 - 2178

136. Mensen, H.: Autogenes Training.
Med. Klin.-
München 71 (1976) 46.-
S. 1996 - 2005

137. Menninger, K.: Das Leben als Balance.
München: Piper, R. & Co., 1968.-

138. Misgeld, G.: Psyche - Seele - Seelenleben.
Deine Gesundheit.-
Berlin 21 (1976) 11.- S. 324 - 329

139. Mitscherlich, A.: Krankheit als Konflikt.
Studien zur psychosomatischen Medizin I u. II.
Frankfurt/M.: Suhrkamp Verl., 1969 a.-

140. Mitscherlich, A. (Hrsg.): Das beschädigte Leben.- Diagnose und Therapie in einer Welt unabsehbarer Veränderungen.
München: Piper, R. & Co., 1969 b.-

141. Mitzscherling, R.: Aufgabe und Verantwortung des Facharztausbilders für Allgemeinmedizin.
Z. Ärztl. Fortbild.-
Jena 65 (1971) 14.- S. 753 - 757

142. Moors, M.: Die Entwicklungsphasen des menschlichen Lebens.
Ratingen, 1953. Zit. in Enke, H. et al.: Lehrbuch der Medizinischen Psychologie.
München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1977.-

143. Mosler, W.: Medikamente und Schwangerschaft.
Dt. Gesundh.-Wesen.-
Berlin 22 (1967) 7.- S. 292 - 297

144. Müller, [illegible]: Welche Rolle spielt das Organ bei hypochondrischen Neurosen?
Dt. Gesundh.-Wesen.-
Berlin 23 (1968) 33.-
S. 1563 - 1564

145. [illegible]: Research in psychopharmacology.
Report of WHO scientificgroup (Forschung auf dem Gebiet der Psychopharmakologie).
Bericht einer Gruppe von Wissenschaftlern der WHO.
Dt. Gesundh.-Wesen.-
Berlin 23 (1968) 40.-
S. 1914 - 1916

146. Müller-Hegemann, D.: Neurologie und Psychiatrie.- 1. Aufl. Berlin: Verl. Volk u. Gesundheit, 1966.-

147. Nitschkoff, St.: Über die Wirkung des Fernsehens auf den arteriellen Blutdruck. Dt. Gesundh.-Wesen.- Berlin 26 (1971) 4.- S. 146 - 150

148. Oderich, F.: Lebe ich richtig? Berlin: Dt. Verl. d. Wiss., 1978.-

149. Oehme, P., Brüschke, G., Lange, P.: Aktuelle Probleme der Pharmakotherapie. Dt. Gesundh.-Wesen.- Berlin 22 (1967) 5.- S. 207 - 210

150. Oehme, P., Richter, H.: Gefährdung durch rezeptfreie Schlafmittel? Dt. Gesundh.-Wesen.- Berlin 22 (1967) 8.- S. 359 - 362

151. Ott, J.: Zu Problemen der Medizinischen Psychologie. In: Stellung und Aufgaben der Psychotherapie im sozialistischen Gesundheitsschutz. Symposium aus Anlaß des 65. Geburtstages von Prof. Dr. phil. habil. A. Katzenstein.- 21. - 22. 5. 1980, Berlin: Zentralinstitut Herz-Kreislaufforschung, 1980.- S. 54 - 57

152. Pakesch, E.: Streß und Gesellschaft. In: Streß und Nervensystem, 9. Veldener Symposium 1974 Hrsg.: Lechner, H., Scrinzi, O. München-Pfaffelfing: Beil-Verl. Dr. E. Banaschewski, 1975.-

153. Pawlow, I. P.: Sämtliche Werke Bd. IV. Berlin: Akad. Verl., 1953.-

154. Pawlow, I. P.: Sämtliche Werke Bd. II/2. Berlin: Akad. Verl., 1954.-

155. Pflanz, M.: Die ärztliche Tätigkeit in soziologischer Sicht. Ärztl. Mitt.- Köln 46 (1961) 22.- S. 1263 - 1268.-

156. Pflanz, M.: Sozialer Wandel und Krankheit.- Ergebnisse und Probleme der medizinischen Soziologie. Stuttgart: Enke Verl., 1962.-

157. Porschitz, R.: Referat auf der 3. Tagung des Nationalen Komitees für Gesundheitserziehung der DDR. In: Gesundheitserziehung und Kranken[illegible].- 30. 3. 1978.- Arbeitsmaterial Dresden: 1978.- S. 31 - 35

158. Preiß, H.: Möglichkeiten und Grenzen der Gruppenpsychotherapie in der ambulanten Praxis. In: Symposium "Praktische Psychotherapie" 14. - 16. 11. 78.- Kurzreferate Friedrichroda: 1978.-

159. Quandt, J.: Zum Problem der psycho-physischen Einheit in der ärztlichen Praxis. Z. ärztl. Fortbild.- Jena 67 (1973) 7.- S. 307 - 309

160. Quandt, J., Sommer, K., Drees, L.: Probleme der Therapie mit Psychopharmaka. Z. ärztl. Fortbild.- Jena 67 (1973) 8.- S. 376 - 382

161. Reinhold, H.: Streß und zerebrovaskuläre Dekompensation. In: Streß und Nervensystem, 9. Veldener Symposium 1974 Hrsg.: Lechner, H.; Scrinzi, O. München-Gräfelfing: Werk-Verl. Dr. E. Banaschewski, 1975.-

162. Remmer, H.: Die Induktion arzneimittelabbauender Enzyme im endoplasmatischen Retikulum der Leberzelle durch Pharmaka. Dt. med. Wochenschr.- Stuttgart 92 (1967) 44.- S. 2001 - 2008

163. Richter, H. E.: [illegible]gierte Analysen - Über den Umgang des Menschen mit dem Menschen. Hamburg: Rowohlt, 1978.-

164. Richter-Heinrich, E., Borys, M., Sprung, H., Läuter, J.: Psychophysiologische Reaktionsprofile von Hypo- und Hypertonikern. Dt. Gesundh.-Wesen.- Berlin 21 (1971) 32.- S. 1481 - 1489

165. Sachs, L.: Statistische Auswertungsmethoden.- 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verl., 1969.-

166. Salz, M., Seefeldt, D.: Wirkungsvolleres Entspannungstraining während des Kuraufenthaltes durch PGR-Biofeedback? Untersuchungen in einem Kliniksanatorium, Z. Physiother.- Leipzig 33 (1981), S. 105 - 110

167. Schaldach, H. (Hrsg): Wörterbuch der Medizin.- 5. Aufl. Berlin: Verl. Volk u. Gesundheit, 1973.-

168. Scheerer, S.: Die Häufigkeit funktioneller und neurotischer Störungen in der Sprechstunde auf dem Lande. Z. ärztl. Fortbild.- Jena 67 (1973) 5.- S. 235 - 237

169. Scheerer, S.: Psychotherapeutische Konzeption in der allgemeinmedizinischen Praxis. In: Symposium "Praktische Psychotherapie" 14. - 16. 11. 78.- Kurzreferate Friedrichroda: 1978.-

170. Scheerer, S.: Psychotherapeutische Arbeit in der allgemeinmedizinischen Praxis. Dt. Gesundh.-Wesen.- Berlin 35 (1980) 24.- S. 947 - 949

171. Scheerer, S., Richter, S.: Autogenes Training in der allgemeinmedizinischen Praxis. Z. ärztl. Fortbild.- Berlin 70 (1976) 5.- S. 244 - 245

172. Schiffner, K.: Was erwartet der Patient vom kommenden Arzt. In: Ausbildung zum Arzt von morgen. Hrsg.: Schipperges, H. Stuttgart: Thieme Verl., 1971.-

173. Schmidt, H. H.: Die berufstätige Mutter.
Berlin: Dietz Verl., 1981.-

174. Schmincke, W.: Ärztliche Arbeitsbefreiung und Krankenstand.
Berlin: Verl. Volk u. Gesundheit, 1979.-

175. Schnabl, S.: Nervös?
Berlin: Verl. Volk und Gesundheit, 1979.-

176. Schultz, J. H.: Das Autogene Training.- (Konzentrative Selbstentspannung) -
10. Aufl.
Stuttgart: Thieme Verl., 1960.-

177. Schultz, J. H.: Übungsheft für das Autogene Training.- (Konzentrative Selbstentspannung) -
17. Aufl.
Stuttgart: Thieme Verl., 1974.-

178. Schwabe, Chr.: Einige Aspekte zur Integration musiktherapeutischer Methoden in stationärer und ambulanter Psychotherapie.
In: Symposium "Praktische Psychotherapie" 14. - 16. 11. 1978.-
Kurzreferate
Friedrichroda: 1978.-

179. Schwabe, Chr.: Regulative Musiktherapie.
Jena: Fischer Verl., 1979.-

180. Seefeldt, D.: Stress, was tun? - 2. Aufl.
Berlin: Tribüne Verl., 1980.-

181. Seefeld, D.: Psychosomatische Aspekte in Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Bewegungsapparates.
Beitr. Orthop. u. Traumatol.-
Berlin 29 (1962) 10.- S. 469 - 476

182. Seefeldt, D., Brauweiler, S.: Die Möglichkeiten der leitenden Krankenschwester bei der psychischen Betreuung befindens- und verhaltensgestörter Kurpatienten.
Z. Physiother.-
Leipzig 33 (1981), S. 193 - 199

183. Seefeldt, D., Brauweiler, S.: Neurosen bei gynäkologischen Kurpatientinnen - Psychodiagnostik und Schlußfolgerungen.
Z. Physiother.-
Leipzig 34 (1982), S. 279 - 282

184. Seefeldt, D., Peper, E.: Psychotherapie vor verantwortungsvollen Aufgaben.
Humanitas.- Berlin 23 (1983) 2.- S. 12

185. Seefeldt, D., Salz, M.: Häufigkeit des Neurotizismus bei Kurpatienten unterschiedlicher Indikation. Untersuchungen in einem Kliniksanatorium.
Z. Physiother.- Leipzig 33 (1981), S. 251 - 256

186. Seefeldt, D., Ullrich, M.: Das Anti-Streß-Programm - eine Serie psychagogischer Vorträge innerhalb eines komplexen Therapieprogramms für funktionell-neurotische und psychosomatische Erkrankungen.
Z. Physiother.- Leipzig 32 (1980), S. 429 - 434

187. Seidel, K.: Der Krankheitsbegriff in der Neurologie und Psychiatrie.
Z. ärztl. Fortbild.- Jena 67 (1973) 7.- S. 323 - 326

188. Seidler, Chr.: Autogenes Training in geschlossenen Gruppen unter besonderer Berücksichtigung der Therapeut-Patient-Beziehung.
Psychiatr., Neurol., med. Psychol.- Leipzig 33 (1981) 12.- S. 749 - 757

189. Selye, H.: Stress - Bewältigung und Lebensgewinn.
München: Piper, R. & Co., 1974.- S. 59

190. Siedeck, M.: Über die zeitlichen Verhältnisse der phasenförmigen Reizbeantwortung nach Pyrogeninjektionen.
Acta neurovegetat.- Wien 11 (1955), S. 94

191. Spätc, H. F.: Suicidprophylaxe in der Praxis.
Z. ärztl. Fortbild.- Jena 67 (1973) 8.- S. 403 - 405

192. Statistisches Jahrbuch der DDR 1982. Mitteilungen der Staatlichen Zentralverwaltung für Statistik.
Berlin: Staatsverl. d. DDR, 1982.-

193. Stobbe, H.: Hämatologische Schäden.
Berlin: Akad. Verl., 1976.-

194. Stokvis, B.: Psychotherapie für den praktischen Arzt.
Basel, Freiburg i. Br., New York: Karger, 1961.-

195. Strotzka, H.: Psychotherapie und soziale Sicherheit.
Bern, Stuttgart, Wien: Verl. Hans Huber, 1969.-

196. Strotzka, H.: Krankheit als soziales Phänomen. Internist.-
Berlin 13 (1972), S. 403 - 408

197. Strotzka, H. (Hrsg.): Psychotherapie - Grundlagen, Verfahren, Indikationen.- 2. Aufl.
München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1978.-

198. Sudermann, A., Relke, W.: Bedeutung psychogener Faktoren für die Manifestation organischer Erkrankungen.
Z. ärztl. Fortbild.-
Jena 67 (1973) 8.- S. 361 - 365

199. Szewczyk, H.: Die Bedeutung des Gespräches zwischen Arzt und Patient.
Z. ärztl. Fortbild.-
Jena 67 (1973) 8.- S. 385 - 388

200. Szewczyk, H.: Konflikte im Beruf.
Berlin: Dt. Verl. d. Wiss., 1968.-

201. Tausch, R., Tausch, A.-M.: Gesprächspsychotherapie. 7. Aufl.
Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe, 1979.-

202. Teichmann, H.: Das sollst ..., das kannst ..., das darfst du nicht.
Deine Gesundheit.-
Berlin 21 (1976) 11.- S. 340 - 342

203. Thom, A., Lüther, E.: Das Problem der psycho-physischen Einheit aus philosophischer Sicht.
Z. ärztl. Fortbild.-
Jena 67 (1973) 7.- S. 313 - 315

204. Thom, A., Weise, K.: Medizin und Weltanschauung.
Leipzig, Jena, Berlin: Urania-Verl., 1973.-

205. [illegible], A., Weise, K.: Die Rolle der Psychotherapie bei der Erfüllung des humanistischen Anliegens der medizinischen Behandlung. In: Stellung und Aufgaben der Psychotherapie im sozialistischen Gesundheitsschutz. Symposium aus Anlaß des 65. Geburtstages von Prof. Dr. phil. habil. A. Katzenstein 21. - 22. 5. 1980.- Berlin: Zentralinstitut Herz-Kreislaufforschung, 1980.- S. 9 - 16

206. Trautmann, E.: Katamnestische Untersuchungen von Patienten nach abgeschlossener AT-Gruppenbehandlung und solchen nach Therapieabbruch. Erfurt: Dipl.-Arbeit, Med. Akad., 1979.-

207. Troschke, J. v.: Medizin - soziologische Überlegungen zur Definition von Krankheit und Gesundheit. Der Prakt. Arzt.- Berlin (W.) 6 (1971), S. 617 - 623

208. Venzlaff, U.: Streß und Wirbelsäule. In: Streß und Nervensystem, 9. Veldener Symposium 1974, Hrsg.: Lechner, H.; Scrinzi, O. München-Gräfelfing: Werk-Verl. Dr. E. Banaschewski, 1975.- S. 41 - 43

209. Vester, F.: Phänomen Streß. Stuttgart: Dt. Verl. Anst. Öffentl. Wissenschaft, 1976.-

210. Vogler, W.-D., Westphal, M.-L., Trautmann, E., Geyer, M.: Motive vorzeitiger Abbrüche der AT-Gruppenbehandlung. Psychiatr., Neurol., med. Psychol.- Leipzig 34 (1982) 5.- S. 295 - 300

211. Wagner, K.: Zum Placebo-Problem in Forschung und Therapie. Dt. Gesundh.-Wesen.- Jena 22 (1967) 5.- S. 210 - 216

212. Waldmann, K. D.: Differentialtherapeutische Aspekte bei der Anwendung von Psychopharmaka. [illegible].- Berlin 22 (1981) 12.- S. 358 - 361

213. Wallnöfer, H.: Besser als tausend Pillen. Reinbeck b. Hamburg: Rowohlt, 1971.-

214. Wendt, H.: Über den Krankheitswert funktionell neurotischer Störungen. Z. Ärztl. Fortbild.- Jena 67 (1973) 8.- S. 382 - 385

215. Wendt, H.: Mehrdimensionale Psychotherapie. In: Stellung und Aufgaben der Psychotherapie im sozialistischen Gesundheitsschutz. Symposium aus Anlaß des 65. Geburtstages von Prof. Dr. phil. habil. A. Katzenstein 21. - 22. 5. 1980.- Berlin: Zentralinstitut Herz-Kreislaufforschung, 1980.- S. 25 - 32

216. Wendland, S., Freundt, E.: Kritische Analyse zur Verwendung des Streßbegriffs in der Medizin. Berlin: Humboldt Univ., Med. Fak.,- Dipl.-Arb., 1979.-

217. Wild, H.-J.: Das konfliktzentrierte Gruppengespräch in der Betriebsambulanz. Z. Ärztl. Fortbild.- Jena 67 (1973) 8.- S. 390 - 391

218. Wilda-Kiesel, A.: Die konzentrative Entspannung - Eine Relaxationsmethode für die Physiotherapie. - 2. Aufl. Lehrmaterialien für die Ausbildung und Weiterbildung von mittlerem medizinischen Personal - Potsdam: Inst. f. Weiterbild. mittl. med. Fachkräfte, 1981.-

219. Winter, K.: Der Arzt und die menschliche Psyche. [illegible] der Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR. Z. Ärztl. Fortbild.- Jena 67 (1973) 7.- S. 306 - 307

220. Zielke, M., Kopf-Mehnert, C.: Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Weinheim: Beltz Test, 1978.-

Anhang A

Sehr geehrte Frau

Vom ..... bis ..... haben Sie an einem AT-Kurs teilgenommen. Zum Zwecke der wissenschaftlichen Langzeitauswertung bitte ich Sie zu einem Treffen

am ..... 16.30 Uhr.

Sollten Sie verhindert sein, bitte ich Sie um telefonische Benachrichtigung (Tel. 2060).

Ich füge dieser Einladung zwei Fragebögen bei, die Sie bitte ausgefüllt mit Ihrem SV-Ausweis mitbringen.

In der Hoffnung auf Ihr Verständnis verbleibe ich

mit freundlichen Grüßen

Anhang B Individueller Fragebogen

Name Vorname Geb.-Datum Alter

Jetzige Tätigkeit:

Jetziger Betrieb:

Tätigkeit z. Z. des AT-Kurses:

Betrieb z. Z. des AT-Kurses:

Familienstand jetzt: z. Z. des AT-Kurses:

Anzahl der Geburten:

Wieviel Kinder insgesamt großgezogen:

Welche sozialpolit. Maßnahmen konnten Sie nutzen?

a) Kindergeld

b) Vorzüge für Kinderreiche

c) Vorzüge für Schichtarbeiter usw.

d) 40-Std.-Woche für Frauen mit 2 und mehr Kindern

e) weitere Vergünstigungen

Vor dem AT-Kurs nahm ich folgende Medikamente ein
(Name und Dosierung, auch selbst gekaufte Medikamente)

Nach Beendigung des AT-Kurses nahm ich folgende Medikamente ein
(Name und Dosierung, auch selbst gekaufte Medikamente)

Arbeitsunfähigkeit mit Diagnose-Nr. vor und nach Beendigung des AT-Kurses (je 5 Jahre)

vor AT		nach AT	
von	bis	von	bis

Trainieren Sie noch?

Wie oft?

Bei welcher Gelegenheit?

a) ohne Anlaß

b) in Belastungssituationen

Anhang C

F R A G E B O G E N

zur Beurteilung der psychotherapeutischen Behandlung
von ..... 19.. bis ..... 19..
(Modifiziert nach D. B e c k , 1974)

Datum: Name: Vorname:

Zutreffendes unterstreichen!

1. Leiden Sie noch an den gleichen körperlichen oder psychischen Beschwerden, derentwegen Sie hier psychotherapeutisch behandelt wurden? Ja Nein
2. Sind seit Behandlungsabschluß hier neue körperliche oder psychische Beschwerden oder Erkrankungen aufgetreten? Ja Nein
3. Wenn ja, welche? _____
4. Waren Sie in der Zwischenzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
5. Wenn ja: ambulant / stationär
   Therapie: Medikamente / Operationen / Physio- oder Psychotherapie
6. Waren diese Behandlungen wegen der gleichen Leiden wie hier erforderlich? Ja Nein
7. Bestand seit Behandlungsabschluß Arbeitsunfähigkeit? Ja Nein
8. Wenn ja, dauerte diese
   a) mehr als eine Woche b) mehr als 3 Monate
9. Hat sich in Ihrem Erleben und Verhalten nach der Behandlung hier etwas geändert? Ja Nein
10. Wenn ja, was? _____
11. Hat Ihre Umgebung (Familie, Arbeitskollegen) eine Veränderung bemerkt? Ja Nein
12. Finden Sie Ihr Leben seit der Behandlung hier
    befriedigender / unverändert / weniger befriedigend
13. Falls Sie Schwierigkeiten im Zusammenleben
    a) mit der Familie hatten, wurden diese nach der Behandlung hier
       größer / unverändert / kleiner
    b) mit den Berufskollegen
       größer / unverändert / kleiner
14. Hat sich in Ihrer Familie oder Ihrem Berufsleben etwas wesentlich geändert? Ja Nein
15. Hat die Behandlung zu einer Besserung geführt? Ja Nein

16. Fühlen Sie sich seither wohler und sicherer?
Ja Nein

17. Werden Sie im allgemeinen seit der Behandlung mit Ihren inneren und äußeren Konflikten besser fertig?
Ja Nein

18. Sind Sie im allgemeinen seither mit sich und Ihrer Art zufrieden? Ja Nein

19. Was war in der Therapie das Hilfreiche?

_____

_____

_____

20. Hat sich seit der Behandlung Ihre berufliche Stellung verbessert / nicht verändert / verschlechtert?

21. Ist der Umgang mit Vorgesetzten seit der Behandlung weniger schwierig / unverändert / schwieriger?

22. Ist der Umgang mit Kollegen weniger schwierig / unverändert / schwieriger?

23. Ist der Umgang mit Unterstellten seither weniger schwierig / unverändert / schwieriger?

24. Wurde der Kontakt zum Partner besser / unverändert / schlechter?

25. Hat sich im sexuellen Bereich etwas verbessert / nicht geändert / verschlechtert?

26. Wurde der Kontakt zu den Kindern besser / unverändert / schlechter?

27. Trat eine Änderung im Familienstand ein? Ja Nein

28. Wenn ja:
Verlobung / Heirat / Scheidung / Trennung?

29. Ergaben sich zu sonstigen Mitmenschen Veränderungen?
Ja Nein

30. Ist seit der Behandlung Ihre Belastbarkeit:
größer / unverändert / geringer?

31. Neigen Sie noch dazu, zu viele Pflichten zu übernehmen?
Ja Nein

32. Erleben Sie Ihre Freizeit befriedigender / unverändert / weniger befriedigend?
Ja Nein

33. Haben Sie neue Hobbys?

34. Sind Sie nach der Behandlung neuen Organisationen oder Klubs usw.
beigetreten / wie vorher / ausgetreten?

35. Das Ergebnis der Psychotherapie war
gut / mäßig / schlecht

36. Würden Sie auf Grund Ihrer Erfahrungen die Psychotherapie einem anderen Menschen empfehlen?
ja / je nach dem / nein

37. Wie war Ihre Beziehung zum Therapeuten?
gut / neutral / wechselnd / schlecht

Anhang D

3–14

Datum:

Beschwerdenfragebogen (BFB)

von K. Höck und H. Hess

Name: Alter: 16–17

Geschlecht: 15 Beruf: 18

Zum umfassenden Erkennen und Beurteilen Ihrer augenblicklichen Erkrankung ist die Kenntnis aller Ihrer weiteren Beschwerden notwendig, auch der, die außerhalb unseres Fachgebietes liegen. Dadurch wird es Ihrem Arzt leichter, die Zusammenhänge in Ihrem Krankheitsgeschehen zu erfassen. Wir bitten Sie daher, den Fragebogen sorgfältig auszufüllen und a l l e Fragen zu beantworten. Die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Anleitung:

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Antworten an, z. B.:
Falls Sie unter Sehstörungen leiden (Frage 1), machen Sie ein Kreuz unter Ja.
Haben Sie keine Sehstörungen, dann machen Sie bitte ein Kreuz unter Nein.

	Ja	Nein
Sehstörungen	⊗	○
Sehstörungen	○	⊗

Unterstreichen Sie bitte zusätzlich Ihre H a u p t beschwerden!

Ich leide unter folgenden Beschwerden:

		Ja	Nein
A.			
20	Sehstörungen, Doppelsehen	○	○
21	Augenflimmern, Schmerzen in den Augen	○	○
22	Tränen, Brennen der Augen	○	○
23	Lichtempfindlichkeit	○	○
B.			
24	Schwerhörigkeit	○	○
25	Ohrenschmerzen	○	○
26	ständige Ohrgeräusche	○	○
27	Geräuschempfindlichkeit	○	○
28	häufiger Schnupfen	○	○
29	Heuschnupfen	○	○
30	häufiges Nasenbluten	○	○
31	häufige Halsschmerzen	○	○
32	Druck, Würgen im Hals	○	○
33	Reizhusten, Stimmschwierigkeiten	○	○
C.			
34	Neigung zu Bronchitis, chron. Husten	○	○
35	Asthmaanfälle	○	○
36	blutiger Auswurf	○	○
37	Atemnot, Luftmangel bei Aufregung	○	○
38	Geruchsempfindlichkeit	○	○
D			
39	Luftmangel, Atemnnot bei Belastung	○	○
40	Herzklopfen, -stolpern	○	○
41	Herzdruck, -stiche, Herzschmerzen, Herzanfälle	○	○
42	geschwollene Knöchel	○	○
43	Wadenschmerzen beim Gehen	○	○
44	Schwindelgefühle, Ohnmachten	○	○
45	Schweißausbrüche	○	○
46	Kribbeln, Prickeln oder Einschlafen der Hände, Arme und Beine	○	○
47	Kältegefühl	○	○
48	Hitzewallungen	○	○
49	Fieber	○	○
E.			
50	häufige Zahnschmerzen	○	○
51	Zahnfleischblutungen	○	○
52	Zähneknirschen	○	○
53	Gesichtsschmerzen, Spannungsgefühl in der Kiefermuskulatur	○	○
54	Appetitlosigkeit, Völlegefühl	○	○
55	Übelkeit, Aufstoßen, Brechreiz, Erbrechen	○	○
56	Speichelfluß, trockener Mund	○	○
57	Magendruck, Magenschmerzen	○	○

Ich leide unter folgenden Beschwerden:

		Ja	Nein
58	Gallenbeschwerden	O	O
59	Sodbrennen	O	O
60	Schmerzen im **rechten** Unterbauch	O	O
61	Verstopfungen, Blähungen, Darmkrämpfe	O	O
62	Durchfall	O	O
63	blutiger Stuhl	O	O
F.	a) **(nur für Frauen)**		
20	häufiger Harndrang, Schmerzen beim Wasserlassen	O	O
21	Schmerzen im Unterleib	O	O
22	Menstruationsbeschwerden, Unregelmäßigkeiten der Periode	O	O
23	Blutungen zwischen den Menstruationen	O	O
24	Ausfluß	O	O
25	Schmerzen, Knoten in der Brust	O	O
26	sexuelle Schwierigkeiten	O	O
F.	b) **(nur für Männer)**		
20	häufiger Harndrang	O	O
21	Schmerzen beim Wasserlassen		
22	erschwertes Wasserlassen	O	O
23	Hemmungen beim Wasserlassen	O	O
24	Ausfluß	O	O
25	Schmerzen oder Schwellungen an Hoden oder Glied	O	O
26	sexuelle Störungen	O	O
G.	**(wieder für Frauen und Männer)**		
27	Händezittern	O	O
28	Augenblinzeln, Gesichtszuckungen, Kopfschütteln, sonstige Verkrampfungen	O	O
29	Nacken-, Rücken-, Kreuzschmerzen	O	O
30	Gliederschmerzen	O	O
31	geschwollene Gelenke	O	O
32	Lähmungen, Gehstörungen	O	O
H.			
33	rote Flecken am Hals oder Gesicht bei Erregung	O	O
34	Hautausschlag, Ekzem	O	O
35	Juckreiz	O	O
36	Knoten, Geschwülste der Haut	O	O
37	Furunkel, Pickel	O	O
I.			
38	Erschöpfung, **Müdigkeit**	O	O
39	Kopfschmerzen	O	O
40	Schlafstörungen	O	O
41	Taubheitsgefühle	O	O
42	leichte Erregbarkeit	O	O
J.			
43	Redehemmung, Lampenfieber	O	O
44	Sprachstörungen, Stottern	O	O
45	Schreib- und Arbeitshemmung	O	O
46	Minderwertigkeitsgefühle, Selbstunsicherheit	O	O
47	Kontaktschwierigkeiten	O	O
48	Hemmungen gegenüber Vorgesetzten, Mitarbeitern oder auch Schülern	O	O
49	Hemmungen gegenüber dem anderen Geschlecht	O	O
50	mangelnde berufliche Anerkennung	O	O
51	Energielosigkeit, Unentschiedenheit	O	O
52	Einsamkeit, fehlende Freundschaften, traurige Verstimmung	O	O
53	Schuldgefühle	O	O
54	Angst vor plötzlichem Tod, unheilbarer Krankheit	O	O
55	Angst vor dem Erröten	O	O
56	Angstzustände ohne Anlaß	O	O
57	Angst beim Alleinsein, im Dunkeln, bei Gewitter, vor Verfolgern	O	O
58	Angstzustände in Räumen, auf Straßen, in Verkehrsmitteln	O	O
59	Vergeßlichkeit, Unkonzentriertheit	O	O
60	Grübeleien, Zweifel	O	O
61	Zwang zum Kontrollieren eigener Handlungen	O	O
62	sonstige Zwangsgedanken, -vorstellungen, -handlungen	O	O
63	Fremdwerden von Menschen und Dingen	O	O
64	Selbstentfremdung	O	O
	sonstige Beschwerden, die nicht angeführt waren: welche?	O	O

_____

_____

Hier bitte nicht ausfüllen!

1	68–73
	74–75
	76–77
	78–79

D: _____

Anhang E

Verhaltensfragebogen

von K. Höck und H. Hess

3–14

Geschlecht: ☐ (15) **Beruf:** ☐ (18)

Alter: ☐☐ (16 17) **Datum:**

Die folgenden Fragen sollen Auskunft geben über Ihr Verhalten, Empfinden und Ihre Erlebnisweisen. Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die für Sie zutreffende Antwort an, es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten. Beantworten Sie bitte die einzelnen Fragen schnell und spontan und achten Sie darauf, keine Frage auszulassen. Insgesamt sollte der Test nur wenige Minuten beanspruchen.

		Ja	Nein
19.	Ich mache mir Sorgen über meine Gesundheit.	O	O
20.	Nehmen Sie an, daß Sie innerlich besonders gespannt sind?	O	O
21.	Ich muß oft über etwas nachgrübeln, so daß ich nicht schlafen kann.	O	O
22.	Ich fühle mich leicht verletzt.	O	O
23.	Es fällt mir schwer, mit Fremden zu sprechen.	O	O
24.	Haben Sie oft ohne besonderen Grund ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit oder Müdigkeit?	O	O
25.	Manchmal komme ich zu spät zu einer Verabredung oder zur Arbeit.	O	O
26.	Ich habe oft das Gefühl gehabt, daß Fremde mich kritisch betrachten.	O	O
27.	Werden Sie manchmal durch unnütze Gedanken belästigt, die Ihnen immer wieder durch den Kopf gehen, obwohl Sie sie abweisen?	O	O
28.	Ich bin ziemlich nervös.	O	O
29.	Manchmal schiebe ich etwas auf, was ich eigentlich gleich tun müßte.	O	O
30.	Niemand scheint mich zu verstehen.	O	O
31.	Ich bin ziemlich reizbar.	O	O
32.	Meine Tischmanieren sind zu Hause weniger gepflegt als in Gesellschaft.	O	O
33.	Wenn man nicht gegen mich eingestellt gewesen wäre, wäre ich viel erfolgreicher gewesen.	O	O
34.	Ich nehme mir unangenehme Erfahrungen lange zu Herzen.	O	O
35.	Schon die Möglichkeit, daß ich Pech haben könnte, regt mich auf.	O	O
36.	Ich habe sehr seltsame und fremdartige Erlebnisse gehabt.	O	O
37.	Sind Sie manchmal ohne ersichtlichen Grund abwechselnd fröhlich und traurig?	O	O
38.	Manchmal kommen mir Gedanken und Vorstellungen, die ich ungern erzählen würde.	O	O
39.	Sind alle Ihre Gewohnheiten gut und wünschenswert?	O	O
40.	Unter den Leuten die ich kenne, sind einige, die ich nicht mag	O	O
41.	Ich träume tagsüber mehr, als für mich gut ist.	O	O
42.	Sind Sie leicht verstimmbar?	O	O
43.	Ich muß oft dagegen ankämpfen, meine Schüchternheit nicht zu zeigen.	O	O
44.	Ich spreche manchmal über Dinge, von denen ich nur wenig verstehe.	O	O

		Ja	Nein
45.	Ich wünschte, ich könnte so glücklich sein, wie andere Leute zu sein scheinen.	O	O
46.	Gelegentlich zittere ich oder habe Schüttelanfälle.	O	O
47.	Antworten Sie auf jeden persönlichen Brief immer so schnell Sie können?	O	O
48.	Wechselt Ihre Stimmung oft mit oder ohne ersichtlichen Grund?	O	O
49.	Haben Sie manchmal Angstgefühle, ohne daß eine wirkliche Gefahr vorhanden ist?	O	O
50.	Ich sage nicht immer die Wahrheit.	O	O
51.	Kritik oder Schelten verletzen mich stark.	O	O
52.	Ich habe Zeiten, in denen ich so ruhelos bin, daß ich nicht lange auf einem Stuhl sitzen kann.	O	O
53.	Haben Sie sich manchmal zu viele Sorgen über belanglose Dinge gemacht?	O	O
54.	Manchmal bekomme ich schlechte Laune.	O	O
55.	Ich bin oft unzufrieden.	O	O
56.	Es fällt mir schwer, meine Gedanken bei einer Aufgabe oder Arbeit zu behalten.	O	O
57.	Ich tue vieles, was ich hinterher bereue.	O	O
58.	Ich bin meistens glücklich.	O	O
59.	Ich habe wenig Selbstvertrauen.	O	O
60.	Ab und zu verliere ich meine Geduld und werde wütend.	O	O
61.	Manchmal komme ich mir wirklich nutzlos vor.	O	O
62.	Oft fühle ich mich einfach miserabel.	O	O
63.	Ich grübele viel.	O	O
64.	Ich leide an Unterlegenheitsgefühl.	O	O
65.	Es tut mir manchmal überall weh.	O	O
66.	Hin und wieder gebe ich ein bißchen an.	O	O
67.	Mitunter habe ich Alpdrücken.	O	O
68.	Ich habe es mit den Nerven.	O	O
69.	Es fällt mir schwer, Gesprächsstoff zu finden, wenn ich jemanden kennenlerne.	O	O
70.	Meine schwersten Kämpfe habe ich mit mir selbst auszufechten.	O	O
71.	Manchmal klatsche ich ein wenig.	O	O
72.	Hatten Sie manchmal das Gefühl großer, nicht zu überwindender Schwierigkeiten?	O	O

Prüfen Sie nach, ob Sie auch j e d e Frage beantwortet haben!

E [/] 73–78

N_R ON 23/25

N_k FN 24/26 D: ..... [ ] 79

WN 28/30

derungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV

Vorname: Datum:

Anleitung

len Sie sich den Zeitpunkt vor _____ Wochen vor.
der _____ (Datum des Beginns
rteilungszeitraums).
en Sie, was Sie zu diesem Zeitpunkt machten und
ich fühlten. Überblicken Sie bitte nunmehr immer
raum vom obigen Datum bis heute.

Bitte prüfen Sie bei den nachfolgenden Fragen immer, ob sich bei Ihnen innerhalb dieses Zeitraums eine Änderung in die eine oder andere Richtung vollzogen hat. Das Ausmaß der Änderung geben Sie bitte durch Ankreuzen einer Zahl an.

Beispiel:

	Änderung						
	in gleicher Richtung			keine	in entgegengesetzter Richtung		
	+3 stark	+2 mittel	+1 schwach	0	−1 schwach	−2 mittel	−3 stark
n ruhiger geworden.	+3	+2	+1	X	−1	−2	−3

ie innerhalb des Zeitraums keine Änderung er-
en, wenn Sie also weder ruhiger noch unruhiger
n sind, durchkreuzen Sie bitte die 0 (wie hier in
Beispiel).
ie eine starke Änderung in entgegengesetzter
g erlebt haben, wenn Sie also während des Zeitraums unruhiger geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die −3.
Wenn Sie eine starke Änderung in die gleiche Richtung erlebt haben, wenn Sie also während des Zeitraums ruhiger geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die +3.

rten Sie bitte zügig und spontan alle Fragen!

Bitte hier nichts ausfüllen!

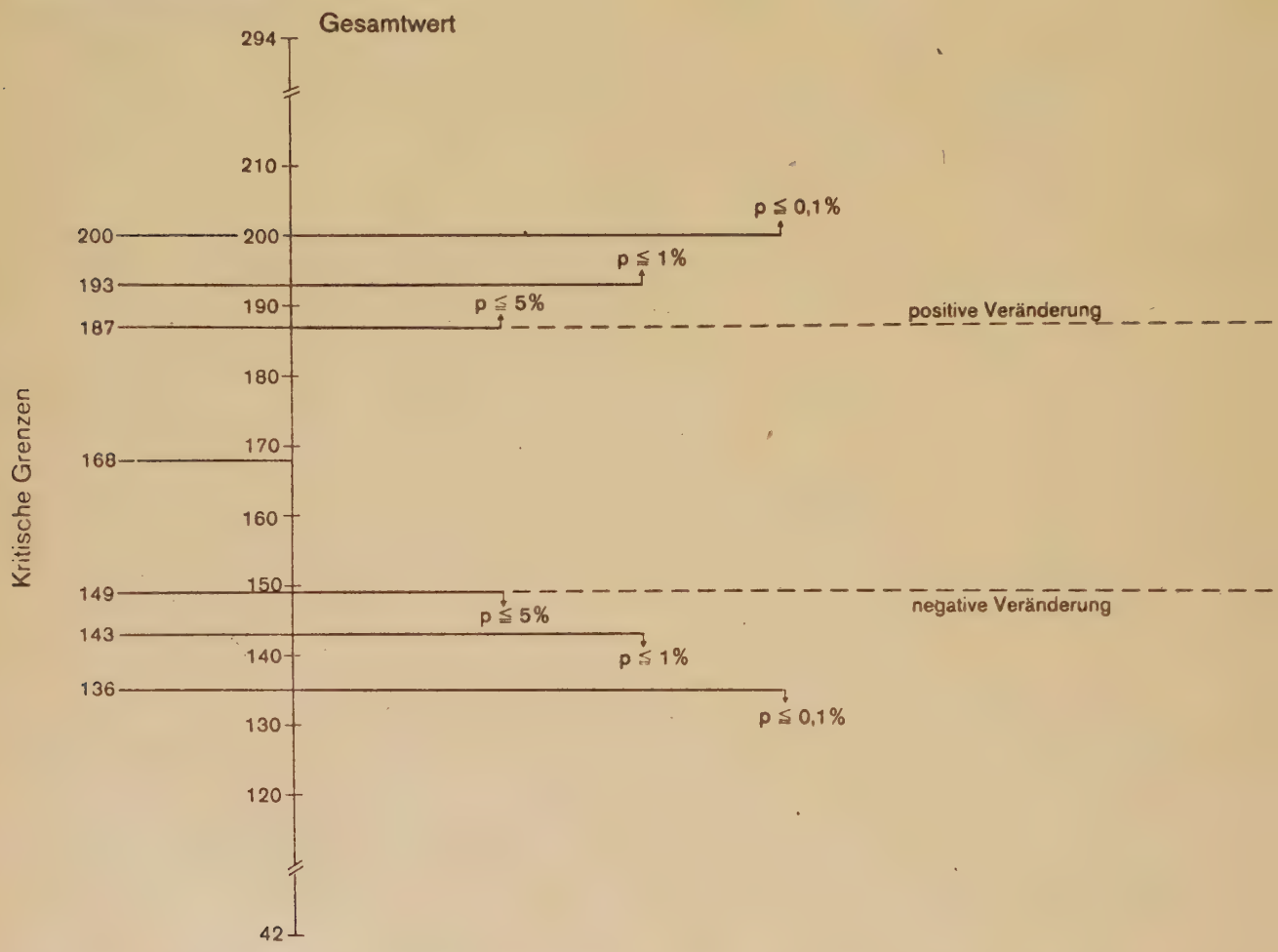
Auswertung

Übertrag: Summe Antwortseite 1 ____

Summe Antwortseite 2 + ____

Gesamtwert = ____

Veränderungsnormen



Klinische Daten

Psychotherapeut: ____

Zeitspanne des Beurteilungszeitraums: ____

Beginn (Datum) Ende (Datum)

Therapeutische Maßnahmen: ____

____

Besondere zwischenzeitliche Ereignisse: ____

Auswerter: Datum: ____

		Änderung						
		in gleicher Richtung			keine	in entgegengesetzter Richtung		
		+3 stark	+2 mittel	+1 schwach	0	−1 schwach	−2 mittel	−3 stark
1	Ich fühle mich weniger gehetzt.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
2	Ich rege mich über viele Dinge nicht mehr auf.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
3	Ich weiß jetzt eher, was ich tun will und tun kann.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
4	Ich habe jetzt das Gefühl, in einer Sackgasse zu stecken, aus der ich nicht herauskomme.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
5	Das Leben hat für mich keinen rechten Inhalt mehr.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
6	Ich bin mit mir zufrieden und mache mir weniger Gedanken über mich selbst.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
7	Ich sehe Schwierigkeiten gelassener entgegen.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
8	Ich bin innerlich ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
9	Alle Dinge haben jetzt Bedeutung und Leben für mich.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
10	Ich habe weniger Ausdauer und gebe schneller auf.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
11	Ich bin heiterer geworden.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
12	Meine Stimmungen schwanken jetzt stärker als früher.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
13	Ich fühle mich unabhängiger von anderen.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
14	Ich leide nicht mehr unter meiner Unsicherheit.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
15	Im Umgang mit anderen Menschen bin ich ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
16	Ich fühle mich weniger beunruhigt, wenn ich an die Zukunft denke.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
17	Diese quälende Ungewißheit ist stärker geworden.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
18	Unerwartete Ereignisse nehme ich gelassener hin.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
19	Ich fühle mich stärker isoliert als früher.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
20	Ich weiß jetzt manchmal nicht mehr, wie es weitergehen soll.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3
21	Ich kann es noch nicht verstehen, aber es geht mir seit einiger Zeit besser.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3

Summe Seite 1

wortseite 2

	Änderung							
	in gleicher Richtung			keine	in entgegengesetzter Richtung			
	+3 stark	+2 mittel	+1 schwach	0	−1 schwach	−2 mittel	−3 stark	
22 Ich kann jetzt freier sprechen.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
23 Ich habe weniger Selbstvertrauen.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
24 Irgendwie sehe ich wieder mehr Sinn in meinem Leben.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
25 Ich fühle mich freier.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
26 Mit Personen des anderen Geschlechts kann ich schlechter Kontakt aufnehmen.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
27 Meine Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen haben zugenommen.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
28 Ich bin häufiger niedergestimmt.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
29 Ich fühle mich meinen Aufgaben nicht mehr gewachsen.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
30 Ich bin entspannter.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
31 Ich fühle mich ruhiger und ausgeglichener.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
32 Ich habe ein klareres Bild von mir und meiner Zukunft.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
33 Irgendwie bin ich froh und sehe die Dinge optimistischer.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
34 Ich glaube, daß ich jetzt eher weiß, was für mich wichtig ist.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
35 Ich kann mich jetzt mit meinen Problemen besser abfinden.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
36 Im Gespräch mit anderen fühle ich mich nicht mehr so unsicher.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
37 Ich komme mit mir selbst schlechter aus.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
38 Ich kann das Ungemach des alltäglichen Lebens besser ertragen.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
39 Ich habe keine Angst mehr, in einer Sache zu versagen, die mir gelingen soll.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
40 Es macht mich nicht mehr so unsicher, wenn sich ein anderer mir gegenüber selbstbewußt gibt.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
41 Ich liege nicht mehr im Kriegszustand mit mir selbst.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	
42 Ich habe immer größere Schwierigkeiten, mich mit anderen Menschen zu unterhalten.	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	

berprüfen Sie bitte, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Summe Seite 2

Anhang G

Fragespiegel für Kontrollgruppe

Name, Vorname Geburtsjahr Beruf

3. Familienstand
falls es eine Änderung des Familienstandes gab, bitte mit Jahreszahl angeben.

4. Zahl der Geburten

5. Medikamente vor x Jahren
6. Medikamente jetzt
} verordnete und gekaufte pro Tag oder pro Monat angeben

7. Hat sich in diesen Jahren etwas Wesentliches geändert (Beruf, Familie, Wohnung usw.)?

8. Sind Sie im allgemeinen mit der Behandlung in unserer medizinischen Einrichtung zufrieden?
Ja, leidlich, nein, keine Antwort

9. Wünschen Sie eher etwas mehr Interesse von seiten des medizinischen Personals für psychische (seelische) Belange?

10. Wie würden Sie Ihr Verhältnis zur Ärztin einschätzen?
Gut, neutral, wechselnd, schlecht, keine Antwort

11. Sind Sie nur bei noch bei anderen Ärzten in Behandlung?
wenn ja, wie oft sind Sie dort im Jahr in der Sprechstunde?

12. Finden Sie Ihr Leben in den letzten x Jahren befriedigender / unverändert oder weniger befriedigend?

13. Sind in den letzten x Jahren Schwierigkeiten mit der Familie größer / unverändert / kleiner geworden?

14. Sind in den letzten x Jahren Schwierigkeiten mit Berufskollegen größer / unverändert / oder kleiner geworden?

15. Hat die Behandlung in unserer Einrichtung zu einer Besserung Ihrer Leiden geführt?

16. Fühlen Sie sich in den letzten x Jahren wohler als davor?

17. werden Sie im allgemeinen in den letzten x Jahren mit Ihren inneren und äußeren Konflikten besser fertig?

18. Sind Sie im allgemeinen in den letzten x Jahren mit sich und Ihrer Art zufrieden?

19. Ist der Umgang mit Vorgesetzten seit den x Jahren

20. Ist der Umgang mit Kollegen seit den x Jahren

21. Ist der Umgang mit Unterstellten seit den x Jahren weniger schwierig / unverändert / schwieriger?

22. Wurde der Kontakt zur Partner besser / unverändert / schlechter?

23. Wurde der Kontakt zu den Kindern besser / unverändert / schlechter?

24. Hat sich in sexuellen Bereich etwas verbessert / nicht geändert / verschlechtert?

25. Ist Ihre Belastbarkeit größer / unverändert / geringer?

26. Neigen Sie dazu, zu viele Pflichten zu übernehmen?

27. Erleben Sie Ihre Freizeit befriedigender / unverändert / weniger befriedigend?

28. Haben Sie neue Hobbys? Welche?

29. Sind Sie in den letzten x Jahren neuen Organisationen, Clubs u. a. beigetreten, wie vorher, ausgetreten?

30. Welche?

Thesen zur Dissertation

Beeinflussung der Arbeitsunfähigkeit,
des Medikamentenverbrauchs und der Re-
zidivhäufigkeit funktionell-neuro-
tisch Erkrankter durch Psychotherapie
(Untersuchungen an weiblichen Patienten
zwischen dem 21. und 60. Lebensjahr in
einer Fachgruppe für Allgemeinmedizin)

Vorgelegt von

[illegible]
[illegible]

1. Patienten mit funktionellen und neurotischen Erkrankungen nehmen einen großen Teil der allgemeinärztlichen Sprechstunden ein. (37,7 % der Frauen zwischen der 16. und 60. Lebensjahr)

2. Ein großer Teil dieser Patienten, die gewöhnlich pharmakotherapeutisch behandelt werden, sind ungeachtet der aufwendigen Behandlung unzufrieden, weil sie sich in ihrem Wohlbefinden und in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt fühlen. Das führt vielfach zur Erhöhung des Krankenstandes.

3. Pharmakotherapie ist bei diesen Patienten
   - keine ausreichende und anhaltend wirksame Therapie.
   - Unerwünschte Nebenerscheinungen beeinträchtigen zusätzlich den Organismus und das Wohlbefinden.
   - Psychopharmaka und Sedativa schränken zudem die Leistungsfähigkeit, insbesondere die Arbeitsleistung in vorwiegend geistigen Berufen ein.
   - Sie können die Persönlichkeit des Patienten einengen und verändern.
   - Bei permanenter Applikation von Pharmaka dürfen gefährliche, negative Auswirkungen als iatrogene Schäden nicht unterschätzt werden.

4. Die pharmakotherapeutischen Verfahren sind zum großen Teil an die organische Betrachtungsweise des Menschen gebunden, bei der die Persönlichkeitseigenschaften des Menschen, einschließlich der psychischen Erkrankungen vernachlässigt werden.

5. Psychotherapeutisches Denken und Handeln ist in der DDR in der allgemeinmedizinischen Praxis noch selten. Deshalb wurde der Qualifizierungsweg für einen Facharzt für Allgemeinmedizin in Psychotherapie dargestellt.

6. Aufgabe der vorliegenden Arbeit soll der Nachweis sein, daß es möglich ist, im Rahmen der Grundbetreuung in einer allgemeinärztlichen Praxis durch Psychotherapie funktionelle und neurotische Störungen effektiv zu beeinflussen.

7. Als psychotherapeutisches Verfahren hat sich für den Facharzt für Allgemeinmedizin das Autogene Training neben symptom- und konfliktzentrierten Gesprächen bewährt.

8. Folgende Ergebnisse lassen sich festhalten:

8.1. Es ist möglich, den Krankenstand von Patienten mit psychonervalen Störungen durch Psychotherapie zu senken. Allein an Krankentagegeldern konnten in den 5 Jahren psychotherapeutischer Tätigkeit 30.763,96 M eingespart werden.

8.2. Die Konsultationshäufigkeit dieser Patientinnen wurde statistisch hochsignifikant gesenkt.

8.3. Psychotherapeutisch behandelte Patientinnen nehmen nach der Therapie durchschnittlich weniger Medikamente ein.

8.4. Dem humanistischen Anliegen der Psychotherapie galten Fragen nach der Veränderung des Erlebens und Verhaltens. Dabei zeigte es sich, daß Psychotherapie-Patientinnen in der Mehrzahl eine Änderung in Richtung Wohlbefinden erleben.

8.5. Die Vermutung, daß positive Veränderungen verschiedener Parameter von der Weiterführung des Autogenen Trainings nach Abschluß des AT-Kurses abhängen, konnte nicht generell bestätigt werden. Jedoch fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem weiteren Training und der Senkung der Arbeitsunfähigkeit.

8.6. Die Annahme, daß durch eine verbesserte psychotherapeutische Ausbildung des Therapeuten die Effektivität der Therapie steigt, kann unter der Voraussetzung, daß eine bessere Ausbildung des Therapeuten ihn zur Übernahme schwierigerer Patienten befähigt, bejaht werden.

9. Einige Probleme wurden im Laufe der psychotherapeutischen Tätigkeit sichtbar.

9.1. Es ist zur Zeit noch nicht möglich, alle schwerer psychisch erkrankten Patienten einer adäquaten Therapie der zweiten und dritten Stufe nach HÖCK zuzuführen. Deshalb wird ein großer Teil dieser Patienten auch weiterhin in der allgemeinmedizinischen Praxis betreut werden müssen.

9.2. Erschwerend wirkt in diesem Zusammenhang, daß der Mediziner während des Studiums keine ausreichende Ausbildung in der Erkennung und Behandlung neurotischer Störungen erhält. Auch die Facharztausbildung verläuft vorwiegend bis ausschließlich naturwissenschaftlich orientiert. Es bleibt also dem persönlichen Engagement des Facharztes für Allgemeinmedizin überlassen, inwieweit er sich Kenntnisse in Medizinischer Psychologie und Psychotherapie zur adäquaten Behandlung einer großen Teils seiner Patienten aneignet.

9.3. In medizinischen Denken ist die einseitige, ausschließlich organorientierte Betrachtungsweise des Menschen tief verwurzelt. Es gilt,in den nächsten Jahren diese vorwiegend somatische Medizin zu überwinden und durch psychotherapeutisches Denken und Handeln, das die ganze Persönlichkeit des Kranken erfaßt, zu ergänzen.

10. Auf Grund der vorliegenden Ergebnisse können dem Ministerium für Gesundheitswesen folgende Empfehlungen gegeben werden:

10.1. Die Psychodiagnostik und Psychotherapie funktionell gestörter und neurotischer Patienten gehört in den Aufgabenbereich des Allgemeinmediziners. Psychotherapeutisches Wissen wird jedoch in der Aus- und Weiterbildung nur unzureichend vermittelt. Deshalb sollten Grundkenntnisse in Medizinischer Psychologie und Psychotherapie bereits in der Hochschulausbildung vermittelt werden und in der Facharztausbildung des Allgemeinmediziners gefestigt werden.

10.2. Die Fachärzte aller Fachrichtungen, insbesondere aber die Fachärzte für Allgemeinmedizin, die bisher keine Gelegenheit hatten, psychotherapeutische Kenntnisse zu erwerben, sollten in ihrem Streben dieses Ausbildungsdefizit auszugleichen, unterstützt werden.

10.3. Es gilt weiterhin, die [illegible]lich organorientierte Medizin zu überwinden und durch psychotherapeutisches Denken zu bereichern. In der ganzheitlichen Betrachtung des Menschen bei Berücksichtigung seiner biologischen, psychischen und sozialen Determiniertheit liegen Potenzen für eine beiderseits befriedigende Arzt-[illegible]tientbegegnung.

10.4. Probleme von gesundheitspolitischer Bedeutung wie der überhöhte Krankenstand, die ineffektive Verordnung von Medikamenten, die Zunahme der Konsultationen und das Anwachsen von psychosozial bedingten Störungsgruppen erfordern die Erschließung aller Reserven. Es wird deshalb empfohlen, die Psychotherapie-Ausbildung, in den Ausbildungsstandards des Allgemeinmediziners bereits vorgesehen, praxiswirksam zu realisieren.

Meinen besonderen Dank möchte ich aussprechen:

Herrn Prof. Dr. med. habil. K. Hecht für die Übernahme des Themas dieser Arbeit und deren großzügige Förderung,

Herrn Chefarzt Dr. D. Seefeldt für die Unterstützung bei der Auswahl des Themas. Ihm und Herrn Dr. H. Kerber danke ich für die fachliche Beratung und die Hilfe bei der Klärung aufgetretener Probleme.

Der Kreisärztin des Kreises Luckenwalde Frau MR Dr. E. Gaede für die Unterstützung des Promotionsvorhabens,

Herrn F. Liehs für die Hilfe bei der statistischen Auswertung,

meinem Mann für seine Nachsicht und vielfältige Hilfe,

Frau A. Bubbich und Frau R. Lehmann für die Schreibarbeiten.

An dieser Stelle sei auch den beteiligten Patienten für ihre Bereitschaft zur Nachuntersuchung und den Sprechstundenschwestern für ihre geduldige Mitarbeit gedankt.